

自立支援医療費（育成医療）治療用補装具交付意見書

補装具の装着を必要とする者	氏名	
	住所	熊本市
	生年月日	年 月 日
	病名	
補装具の装着を必要とする理由		
必要とする補装具	種目	
	型式	
	費用の概算額	円
装着予定年月日	年 月 日	
備考		
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定医療機関 所在地</p> <p>名称</p> <p>担当医師氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>		