補装具支給意見書（その他補装具）

肢体不自由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（書類判定用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | （　　歳） | 住所 |  |
|  T S H R　　年　　月　　日生 | TEL　　　－　　　－　　　 |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名 | 身体障害者手帳 |
| 　　　級 |
| ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当　（ 　[ ] 　する　・　[ ] 　しない 　） |
| 補装具の種類及び構造 |  |
| 現症及び障害状況 |  |
| （注）難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載してください。筋萎縮性側索硬化症などの急速な進行性疾患で、迅速な手続きが必要な場合はその理由についても記載してください。 |
| ※　迅速な支給決定手続きが必要な場合は、チェックしてください。（急速な進行性疾患のみ）　[ ] 　該当 |
| 補装具の必要性 | 補装具の必要性及び用途(目的･使用場所)等を具体的に記入して下さい。 |
| 補装具の使用による効果の見込み |  |
| 本人の生活場所 | [ ] 　在　宅　　[ ] 　施　設　　[ ] 　入　院　　施設・医療機関（診療科目も）名： |
| 　令和　　　年　　月　　日　医療機関名　所在地診療科目名　　　　　　　　　科　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自　署）　 |
| 該当する項目にチェックを入れて下さい。**本意見書を作成することができる医師の範囲は下記の通りです**　[ ] 　身体障害者福祉法第１５条第１項に基づく指定医　　かつ　　　　　[ ] 　整形外科専門医（公益社団法人　日本整形外科学会認定）　　　　　[ ] 　リハビリテーション科専門医（公益社団法人　日本リハビリテーション医学会認定）　　または　[ ] 　補装具判定医師研修会の修了者（国立リハビリテーションセンター主催） |
| 　[ ] 　指定自立支援医療機関（育成医療機関）の医師　　＊障害児の場合のみ |
| 　[ ] 　難病法第６条第１項に基づく指定医　　　　　　　＊難病患者等で申請の場合のみ |

（Ｒ6．4月）