

特例補装具費支給意見書

和歌山県子ども・障害者相談センター（身体障害者更生相談所）

フリガナ 氏名	男 女	大正 昭和 平成 年 月 日生（ 歳）
障害の 経過 病名 部位	発症： 年 月 日 原因： 疾病・労災・その他の事故・先天性・その他（ 起因病名： ALS・脊髄損傷・脳血管障害・CP・その他（ 部位：	程度 級
障害の 状況 (現症)	[特例補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する] 上肢： 下肢等： 重複障害：	
特例補装具の名称： _____ 処方等：		
特例補装具が必要な理由 (1) 基準の補装具（名称： _____ ）では対応できない理由 (2) 特例補装具で得られる効果 （※基準の補装具との比較検査結果等を添付して下さい。）		
上記のとおり意見する。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 </div>		