

補装具費支給意見書（その他）

住所	郡市	町村
身体障害者	氏名	(生年月日) 年 月 日 才
手帳等級	障害 級	
○病名	○装着しなければならない補装具の名称	
○障害名	○補装具の処方及び工作的所見	
○障害状況	○補装具使用による効果の見込	
上記のとおり診断します。		
年 月 日	医療機関名	印
	医 師 名	