

補装具費支給意見書（その他）

住所 郡 町
市 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

医師名

印