

(提出先) 川越市長

補装具費支給意見書(児童用)

氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
居住地			
障害名及び原因となつた疾病・外傷名			
障害の状況	(身体状況、日常生活の状況など、下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載してください)		
必要と認める補装具	補装具の種目、名称		
	処方		
	使用場面		
	使用効果の見込み		
※特例補装具について	特例補装具となる部分		
	特例補装具の特徴・効用・必要性	(基準内補装具による支障など)	
上記のとおり意見を付する。 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名			

※については、特例補装具処方の際にご記入をお願いいたします。