様式第６－３号

補装具費（購入・修理）支給意見書　　　　（その他の補装具用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | 男･女　　　　　年　　月　　日生（　　 歳） | | | | |
| 住　所 | |  | | 職業 |  | |
| 障害名 | | |  | 等級 | 級 | |
| 原因となった疾病・外傷名 | | | ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　（　□する　・　□しない　） | | | |
| 医  学  的  所  見  等 | ※　**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、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続が必要な医学的理由についても記載する**。  　　　　　　　　　　　　　　　　 進行性疾患：□　該当　□　非該当  支給決定手続き：□　迅速　□　一般 | | | | | |
| 種  別 | １　歩行器  　　□　六輪型　　□　四輪型（腰掛つき）　□　四輪型（腰掛なし）　□　二輪型  □　三輪型　　□　固定型　　　□　交互型  ２　その他　（障害児に限る補装具など） | | | | | |
| 形  式  等 | （具体的形式等） | | | | | 種目名称別コード |
|  |
| **効果見込み** |  | | | | | |
| 借  受  け | （借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する）  歩行器・車載用姿勢保持装置に限る（裏面注１） | | | | | |
|
| 上記のとおり意見する。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　病院又は診療所の名称  　　　　　所　　在　　地  　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　( 印 )    （自署又は記名押印） | | | | | | |

※作成にあたっては裏面を参照してください。

（様式第６－３号裏面）

補装具費支給(購入・修理)意見書（その他の補装具）作成上の留意点

１　共通事項

(1)　医学的所見には、当該補装具を必要とする理由が明確となるよう記載してください。

(2)　障害名及び原因となった疾病・外傷名を必ず記載してください。

(3)　障害者総合支援法施行令に規定する疾病の場合、身体状況の変動状況、日内変動、進行状況

等について具体的に記載してください。

２　歩行器及び車載用姿勢保持装置（注１）

　歩行器及び車載用姿勢保持装置の借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載願います。