　様式第14号

補装具費支給(購入・修理)に係る意見書

（市町村長）　様

所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名　　　　　　 ( 印 )

（自署又は記名押印）

このことについて、下記のとおり意見を申し述べます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名  （身体障害者） |  | 性　別 | 被保険者番号 |  |
| 男・女 | 保険者名 |  |
| 生年月日 |  | | 要介護度 |  |
| 住所 |  | | | |
| 手帳番号 | 岩手県　第　　　　　　号（　　　　　　年　　　月　　　日交付） | | | |
| 障害名 |  | | | |
| 必要とする  補装具 |  | | | |
| 補装具費支給が  必要な理由 | （※　該当項目に○を付してください。）  １　障害者の身体状況から、標準的な既製品の福祉用具を貸与することの適否が明確でなく、医学的判断により対応するのが適当なため  ２　障害者の身体的状況及び外見上明らかにレディメイドでは対応できないと判断されるため | | | |
| （具体的理由） | | | |
| その他 |  | | | |