様式第15号

特例補装具費支給(購入・修理)理由書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | |  | 市町村名 |  | 作成  年月日 | 年　月　日 |
| 原因疾病 | | |  | | | | |
| 障害名 | | |  | | | 手帳交付年月日 | 年　月　日 |
| 補装具  （名称・形式） | | | □特例　・　一部特例（□クッション又はスイッチ　　□左記以外の構成要素１つ）  　※該当するものに☑願います。　「一部特例」の場合は、「障害者の状況」以下の欄の記載は不要です。 | | | | |
| 障  害  者  の  状  況 | | (1)　身体状況  (2)　日常生活状況（ADL、住環境、教育、職業状況等） | | | | | |
| 現在の補装具の使用状況 | | |  | | | | |
| 基  準  内  ・  特例  補  装  具  の  相  違  点 | (1) 基準内補装具により支障をきたす点  (2) 特例補装具の特徴、効用 | | | | | | |
| 使用についての市町村の意見 | | | （※　特例補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。）  職・氏名 | | | | |
| 備　　　　考 | | |  | | | | |