

(児童・書類判定用)

補装具費支給意見書・処方箋

(頭部保持具・起立保持具・排便補助具)

氏名			男 ・ 女	年	月	日生
				(才)		
住所	福岡市 区			TEL		
				- -		
医 学 的 診 断	障がい名					(級)
	原因傷病名	疾病・外傷発生年月日				年 月 日
	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特定の疾病(難病等)に該当 (する ・ しない)					
	障がい・疾患等の状況 ※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。 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てください。					
補 装 具	申請する補装具の名称 頭部保持具 ・ 起立保持具 ・ 排便補助具					
	処方の内容 (図示または図面添付)					
	使用 効果 見込					
年 月 日						
所 在 地 医 療 機 関 名 診 療 科 名						
医師氏名						