

特例補装具に係る意見書

| | | |
|---|----------|-----------------------|
| 氏 名 | 生年 月日 | T・S・H・R 年 月 日 (歳) |
| 補装具の名称 | | |
| 特例補装具の処方内容 (※特例となる構造、部品等がわかるように具体的に記入してください。) | | |
| 特例補装具を必要とする理由 (※通常の補装具では適応できない理由を具体的に記入してください。特例付属品については、個別に必要性を記載してください。) | | |
| (この様式に収まらない場合は、別紙を添付してください。) | | |
| 上記のとおり必要と認める。 令和 年 月 日 所 在 地 医療機関名 診療科名 | | |
| | | 医師名 (記名押印又は署名) |