

補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）

ふりがな		性別	生 年 月 日	年 齢
氏 名				
住 所				
原 傷 病 名				
障 害 名				
障 害 患 者 の 状 況	（注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。 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についても記載する。）			

身体の状況
上肢
下肢
言語機能（表出・理解等）

使用効果 見 込 み	（注：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。）
---------------	--------------------------------------

年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 医 師 名 印		
①身体障害者福祉法第15条第1項の指定医であって、所属学会又は日本専門医機構認定の専門医である。	はい	いいえ
②指定自立支援医療機関の医師であって、所属学会又は日本専門医機構認定の専門医である。	はい	いいえ
③難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づく指定医である。	はい	いいえ

（注1）障害者・児については、①又は②の医師が作成してください。難病患者については、①、②又は③の医師が作成してください。
 （注2）注1の医師による作成が困難な場合や御不明な点がある場合は、御本人のお住まいの市町村障害者福祉担当にお問い合わせください。
 （注3）所属学会とは、上記傷病に係る医療又はリハビリテーション関係の学会を指します。