様式第５号

補装具費支給意見書（その他）

住　所　　郡　　町
　　市　　村

身体障害者

氏　名

（生年月日）　　年　　月　　日　　才

手帳等級　　障害　　級

○病名

○装着しなければならない補装具の名称

○障害名

○補装具の処方及び工作的所見

○障害状況

○補装具使用による効果の見込

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関名

医　師　名　　印