

特例補装具費支給意見書

氏 名		大・昭・平	年	月	日	男・女
住 所						
現 症						
補装具の処方	(種目、名称)					(処方)
特例補装具が必要な理由						
(1) 基準内補装具では対応できない理由						
(2) 特例補装具で得られる効果 (基準内補装具との比較検査結果を添付してください)						
診断年月日						
平成 年 月 日						
病 (医) 院名						
診断医師氏名						
印						