

身体障害者福祉法による指定医に限定されます。

様式第2号

補装具給付 交
修
費用の支給 付
理 意見書

身体障害児(者)の 住所氏名及び 生年月日	住 所			
	氏 名		生年月日	
病 名				
障害の部位及び その状況				
補装具の要否 名称並びに処方	補装具の 要 否	要 否	補 装 具 の 名 称	
	処 方			
備 考				
上記の通り診断する。 年 月 日 医療機関名 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 医師氏名 ④ </div>				