

難病患者等補装具費支給意見書

氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日 () 歳 令和
障害名及び原因となった疾病等			
※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと			
障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう具体的に記載する。特に <u>身体症状等の変動状況や日内変動等</u> について記載する。）			
必要と認める補装具	補装具の種目、名称		
	使用効果見込み（補装具を使用することで難病患者等の日常生活にどのような効果が見込めるか具体的に記載すること）		
上記のとおり意見する 令和 年 月 日 所在地 病院又は診療所名 診療担当科名 医師名 専門医印			

※意見書作成医師は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医、指定自立支援医療機関の医師、国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の補装具適合判定医師研修会を修了している医師、保健所の医師、難病法第 6 条第 1 項に基づく指定医のいずれかであること。

※ご不明な点がございましたら、宮崎県身体障害者相談センター（TEL0985-29-2556）までお問い合わせください。