

補装具費再支給確認書

氏名		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日生 (歳)
現 補 装 具 の 状 況	交付日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	種 別			
	名称・型式			
	消耗・破損・不具合の状況			
再 支 給 を 希 望 す る 補 装 具	種 別			
	名称・型式			
	<p>私は、障害状況に変化がなく、前回支給され、現在使用している現補装具と同じ処方内容、性能の補装具費の再支給を希望します。補装具費支給判定にあたっては、医学的判定を求めません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(自署) _____ 本人が自署できない場合は家族等の代理人可</p>			