

### 特例補装具費支給意見書

氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）
住所				
現症				
補装具の処方	（種目、名称）			
	（処方）			
<p>特例補装具が必要な理由</p> <p>（１）基準内補装具では対応できない理由</p>       <p>（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）</p>				
<p>診断年月日</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">病（医）院名</p> <p style="text-align: center;">診断医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				