様式第２号（第２条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補装具 | 交付修理 | 意見書 |
| 身体障害児・者の住所氏名及び生年月日 | 住所 | 八頭郡八頭町 |
| 氏名 | 年　　　月　　　日生 |
| 障害名 |  |
| 障害部位及びその状況 |  |
| 補装具 | 補装具の名称 | （種目） | （型式） |
| 処方及び工作的所見 |  |
| 補装具使用による効果見込 |  |
| その他 |  |
| 上記のとおり診断します。　　　　　　年　　　月　　　日医療機関名医師名　　　　　　　　　　㊞ |

（備考）不要の文字は抹消すること。

※　記載は該当科の身体障害者指定医師に限る。