

補装具費支給意見書（骨格構造義手）

氏 名		生年月日	年 月 日生（ 歳）
障 害 名			
補装具の種目、名称			
障害の状況及び処方上必要な仕様とその理由 （補装具を必要と認める理由が明確となるように記載する）			
補装具の使用が予想される主な状況（使用場所と目的）			
処 方 内 容	裏面のとおり		
上記のとおり意見する。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center;"> 医療機関名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 </div> </div>			

