

## 補装具費支給意見書（殻構造義手）

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>			

