（様式第２号）

補装具意見書（肢体不自由を除く）

<table>
<tr><td>ふりがな
氏　名</td><td></td><td>男
・
女</td><td>年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td colspan="3">※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当　（　□する・□しない）</td></tr>
<tr><td>現　症</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">補装具の種目及び名称</td><td>種　目</td><td colspan="2">工作的意見（基本構造・付属品等）</td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>効　果
見込み</td><td></td></tr>
</table>

以上のとおりです。

年　　月　　日

医療機関

医　　師

※身体障害者福祉法第 15 条指定医等により記載願います。