

**補装具費支給意見書・処方箋**  
(頭部保持具・起立保持具・排便補助具・歩行器)

様式13-1

氏名		生年月日	M T S H R	年 月 日	歳
住所			職業 学校名(学年)		
障害名	( 級)	原因 傷病 名	(疾病・外傷発生年月日： 年 月 日) ※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)		
1. 申請する補装具の種目・名称					
a. 頭部保持具      b. 起立保持具      c. 排便補助具					
d. 歩行器( <input type="checkbox"/> 六輪型 <input type="checkbox"/> 四輪型(腰掛付・腰掛なし) <input type="checkbox"/> 三輪型 <input type="checkbox"/> 二輪型 <input type="checkbox"/> 固定型 <input type="checkbox"/> 交互型 )					
2. 障害・疾患等の状況について記載してください 注：上記補装具を必要とする状況が明確となるように記載してください。 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載してください。			3. 処方内容(図示)		
4. 効果見込み (再作製の理由含)					
5. 現在、所持している補装具があれば使用状況等について記載してください( なし ・ あり )					
補装具名称と 使用状況					
上記のとおり意見、処方する。			所在地		
年 月 日			医療機関名		
(自署又は記名押印)			医師氏名		
上記処方により医学的に適合したことを証明する。(排便補助具・歩行器を除く)			所在地		
年 月 日			医療機関名		
(自署又は記名押印)			医師氏名		
年 月 日			職・氏名		
製品検査			職・氏名		