

補装具費支給意見書・処方箋（座位保持椅子）

様式13-2

氏名		生年月日	M T S H R	年 月 日	歳
住所			学校名 (学年)		
障害名			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（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）	
1. 申請する補装具の種目・構造					
a. 座位保持椅子（ <input type="checkbox"/> レディメイド <input type="checkbox"/> オーダーメイド）		加算	<input type="checkbox"/> 車載用 <input type="checkbox"/> 軟性の内張り <input type="checkbox"/> 机上用の盤		
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			4. 処方内容（図示）		
身長 c m 体重 Kg					
3. オーダーが必要な理由（レディメイドの試乗結果含む）					
5. 効果見込み (再作製の理由含)					
6. 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。		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					
製品検査	職 氏 名				