

補装具費支給意見書・処方箋（車載用姿勢保持装置）

様式13-2

氏名			生年月日	M T S H R	年	月	日	歳
住所				職業 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・構造								
本 体	(☐ レディメイド ☐ オーダーメイド)		加 算	☐ 上肢支え ☐ 軟性の内張り ☐ 頭部支え				
2. 障害・疾患等の状況について詳細に記載してください 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 身長 c m 体重 Kg				4. 処方内容（図示） 注：レディメイドの場合はカタログ添付				
3. オーダーメイドが必要な理由（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				