**特 例 補 装 具 費 支 給 意 見 書**

□新規　□再支給（□耐用年数経過　□耐用年数内）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名古屋市

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | 男・女  年 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  年　　　月　　　日　　　生　　　歳 | | |
| 保護者氏名（１８歳未満の場合） | | １　障害名 | | | |
| ２　障害等級 | | | |
| ３　原因疾患 |  | □交通　□その他の事故　□疾病　□先天性  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 発生年月日　　　　年　　　月　　　日 |
| ４　経過と現症（注：下記補装具の必要性がわかるように明確に記載する。難病患者等については、身体症状の特性や日内変動の状況等を記載し、迅速な手続が必要な場合はその理由も記載する。） | | | | 進行性疾患：  □ 該 当  □ 非該当  支給決定手続：  □ 迅 速  □ 一 般 |
| ５　必要とする特例補装具  種　目　名：  メーカー名：  製　品　名： | | ６　身長　　　　　　㎝　　　体重　　　　　　㎏ | | |
| ７　現在使用中の補装具 | | |
| ８　使用頻度　□毎日　　□週（　　　　回）　　□月（　　　　回） | | | | |
| ９　使用場所　□自宅内　□屋外　□施設内　□その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 10　基準内補装具では対応できない理由（注：他製品と比較検討し、選定した理由も記載する。） | | | | |
| 11　使用効果見込み | | | | |

上記のとおり意見する

令和　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名