

肢体不自由用特例補装具費支給理由書(医療機関用)

氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
補装具名称 (サイズ)					
障害内容					
運動発達					
機能障害					
A D L (生活状況)					
身体状況	身長	c m	体重	k g	
申請補装具の 適応	身長	c m	体重	k g	まで使用可能
申請に至った 経緯・理由					
(申請補装具に 関連する) 訓練の頻度・ 時間・内容・ 効果等					
付属品の 名称・必要性	名称	必要性			
入りきらない場合は、別紙に記載して添付してください。					