

補装具費支給（**仮合わせ**・適合）意見書

氏 名	ふりがな	昭和・平成 年 月 日生	歳
住 所	(電話)		
補装具 の名称	姿勢保持装置 構造フレーム（木製・金属、車椅子、電動車椅子）		
製 作 業 者			
仮合わせ ・適合に関する意見、再修正指示内容			
上記のとおり、当該の補装具は処方通りに製作されており、申請者に装着したところ、 仮合わせ・適合）状態は良好であることを認めます。 令和 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科 作成医師氏名（自署） （自署でない場合は氏名の右に押印してください。）			