

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）		
製作者			
<p>（仮合わせ・適合）に関する意見、再修正指示内容）</p>			
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>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。）</p>			