様式８―２

特例補装具費支給意見書

氏　　名		生年月日	大正・昭和・平成 年　　月　　日（　　歳）
住　　所			
現　　症			
補装具の処方	（種目、名称） （処方）		

特例補装具が必要な理由

(1) 基準内補装具では対応できない理由

(2) 特例補装具で得られる効果（基準内補装具との比較検査結果を添付してください）

上記のとおり意見する。

令和　　年　　月　　日

病（医）院名

所　　在　　地

診療担当課名

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。）