

補装具費（歩行器）支給意見書（書面判定用）

本人	氏名		生年月日	年 月 日()歳	
	住所			電話	
障がい名				等級	種 級
医学的所見					
処方	1. 六輪型 2. 四輪型（腰掛つき） 3. 四輪型（腰掛なし） a. サドル・テーブル付き b. 胸郭支持具若しくは骨盤支持具付き c. 後方支持型 4. 三輪型 5. 二輪型 6. 固定型 7. 交互型		備考		
上記の通り診断する。 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 医療機関 住所 電話 令和 年 月 日 医療機関 名称 15条指定医師 印 </div>					