

補装具支給（修理）意見書

児 童 名		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
住 所			
病 名			
障害の部位 及 び その状況			
補装具の支給 （修理）を必要 とする理由			
補 装 具 名			
処 方			
そ の 他			

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医 師 名