様式第９号

**補装具費支給(購入・修理)意見書 (電動車椅子用)**　　(内部機能障害用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | |
| 住　所 | |  | | | | | |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名  ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　（　□する　・　□しない　） | | | | | | | |
| 障害の状況  ※難病患者等については、身体状況等の変動状況や日内変動等について記載すること。また、症状がより重度である状態についても記載すること。 | | | | | | | |
| 障害の程度（次のいずれかに○印をする）  ア　心臓（呼吸器その他）の障害により自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの  イ　心臓（呼吸器その他）の障害により家庭内での日常生活動が著しく制限されるもの  ウ　心臓（呼吸器その他）の障害により社会での日常生活動が著しく制限されるもの | | | | | | | |
| 電動車椅子を使用する必要性  （歩行が制限されている状態と電動車椅子の必要性との関係を記載する） | | | | | | | |
| 身長  体重 | ㎝／　　　㎏ | | | 種目名称別コード | | |  |
| **使用効果見込み** | | |  | | | | |
| 上記のとおり意見する。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　病院又は診療所名  　　　　　　　　　　　　　　所　　在　　地  　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名  　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　(　印 )  (自署又は記名押印) | | | | | | | |