

特例補装具に係る意見書

（令和 7 年 4 月改訂）

氏 名		生年 月 日	年 月 日（ 歳）
補装具の名称			
特例補装具の処方内容 （※特例となる構造、部品等がわかるように具体的に記載すること。）			
特例補装具を必要とする理由 （※通常の補装具では適応できない理由を具体的に記載すること。特例付属品については、個別に必要性を記載すること。）			
（この様式に収まらない場合は、別紙を添付すること。）			
上記のとおり意見する <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> 所 在 地 医療機関名 診 療 科 名 </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> 医師名 （記名押印又は署名） </div> </div>			

特例補装具使用状況報告書

市町村名： _____ 氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日 (歳)

1 納品年月日： _____ 年 月 日

2 特例補装具の使用状況

(1) 補装具を使用していますか。 (使用している ・ 使用していない)
⇒ (2) へ ⇒ (3) へ

(2) 使用している場合

①使用場面や場所

(例) 外出時のみ、主に職場

[]

②使用時間

(例) 毎日、1日10時間

[]

③本人の使用感 (不具合や改善点等)

[]

④補装具事業者との調整 (回数や内容等)

[]

(3) 使用していない場合

①いつから使用していませんか

[]

②使用しなくなった理由 (詳細に記載)

[]

③補装具事業者との調整 (回数や内容等)

[]

記入日： _____ 年 月 日

市町村調査者氏名： _____