

特例補装具に係る意見書

(令和7年7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 年 月 日 所 在 地 医療機関名 診療科名 医師名 (記名押印又は署名)			

氏 名	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
補装具の名称等 (希望業者名 :) (概 算 額 :)		
本人の生活状況 1 在宅 2 職業 (無 ・ 有) 3 施設入所 (通所) 中 (施設名 :) 4 入院中 (医療機関名 : 診療科 :) 5 その他 () ※ 本人の活動状況 (就労・就学・訓練等)、ADL、家族、住宅状況等		
補装具の使用 (所持) 状況 1 あり 2 なし ※ ありの場合はその補装具の種目、名称、型式及び使用状況等		
特例補装具を必要とする理由 (通常の補装具では対応が困難な理由を具体的に記入すること)		
特例補装具に関する市町村の意見		
「補装具の支給対象となる補装具の個数は、原則 1 種目につき 1 個」の説明及び了承 (済 ・ 未)		
調 査 日 年 月 日	市町村調査者氏名	

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

[illegible]

(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）

0

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

1

②使用しなくなった理由（詳細に記載）

1

③補装具事業者との調整（回数や内容等）

1

記入日： 年 月 日

市町村調査者氏名：