

特例補装具に関する理由書

診 査 日	年 月 日		
氏 名		住 所	
補 装 具 の 名 称		補 装 具 の 型 式	
障 害 者 (児) の 状 況	(1) 身体の状況		
	(2) 日常生活 (家庭生活 ・ 社会生活) の状況		
特 例 補 装 具 が 必 要 な 理 由	(1) 特例補装具の特徴		
	(2) 特例補装具による効用 ・ 基準内の補装具による支障		
総 合 意 見			
<p>上記のとおり、真にやむを得ない理由により特例補装具費支給が必要である。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">名 称 所在地</p> <p>静岡県身体障害者更生相談所長 様 氏 名 印</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</p>			