補装具費支給意見書・処方箋(車載用姿勢保持装置:旧 座位保持椅子) _{第12号様式}

氏名							生年	月日	T H	S R	年	月	目		歳
住所										学校名 (学年)					
障害名					(級)	原因傷病名	※障害 援する	害者 るた	外傷発生 の日常生 めの法律)に該当	上活及で 津施行	び社会生 令で定め	E活を約 うる特別	総合的に 株の疾病	日) こ支 病
1. 申請する補装具の名称 (該当する補装具に○を付けてください)															
・車載用姿勢保持装置 □ レディメイド □ オーダーメイド															
	障害・疾患等の場 ナーダーが必要な?		身長		c m	体重結果含む		Kg		4. 如		字(図 《性内張			
									借	り受けの	意向	(なし	•	あり)
	効果見込み 再作製の理由含)														
6. 現在、所持している補装具 (・なし・あり)															
	補装具名称と 使 用 状 況														
上記の	のとおり意見、処方す	る。			j	所 在	地								
	年 月 日				Ī	医療機	関 名								
					ļ	医 師	氏 名						ギル日1		

(令和7年4月1日から適用)