

補装具の名称と型式

日常生活動作（ADL）及び介護者の状況

社会参加の状況

歩行能力の程度（歩行距離）

補装具の必要性・効果 **※必ず記入してください（具体的に）。**

上記のとおり意見します。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

身体障害者福祉法第15条第1項（身体障害者手帳）に基づく指定医（障害分野：心臓機能障害）が記入して下さい（連名可）。
また、難病患者等については、難病医療拠点病院又は難病協力医療機関の医師による記入も可（連名可）。

※太枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

総合判定		補装具 要 ・ 否	
		否の理由	
平成 年 月 日		三重県障害者相談支援センター	
		医師氏名	印