

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			
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。 年 月 日 静岡県身体障害者更生相談所長 様 名 称 所在地 氏 名 印 (自署の場合は押印不要)			