

# 座位保持装置費支給意見書（書面判定用）

氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	歳
現住所									電話	- -
障がい名				傷病名						
等級	種 級		(発症年月日 年 月 日頃)							
現在の状態について具体的に記入してください	(座位保持装置が必要と認められる理由が明確となるよう記入してください)									
	(合併症や身体の変形等、身体状況について特記すべき事項を全て記入してください)									
使用される目的及び効果										
医師意見										
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 <div style="display: inline-block; width: 40%; vertical-align: top; margin-left: 20px;">                     医療機関の住所                      電話番号                      医療機関の名称                       医師名                 </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 20px;">                     印                 </div>										

- \* 意見書作成医師の要件は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、指定自立支援医療機関の医師、国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具適合判定医師研修会を終了している医師のいずれかであり、かつ現に重度心身障害者の療育に携わっている医師が望ましい。
- \* 状況により、身体障害者相談センターでの直接判定が必要な場合があります。
- \* ご不明な点がありましたら身体障害者相談センター(電話 0985-29-2556)までお問い合わせください。