

**車椅子・電動車椅子 意見書**  
(心臓機能障害・呼吸器機能障害用)

氏 名	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生 令和 ( ) 歳
住 所			
手帳番号 等 級 障 害 名	<u>                    </u> 県・市    第 <u>                    </u> 号 <u>                    </u> 種 <u>                    </u> 級		
医学的所見  検査結果等			
活動能力 歩行能力 及び その程度	ADLの状況や生活状況等について		
補装具の 使用により 見込まれる 効果・影響			
補装具の必要性	※該当する方に○を記載すること。 現在の障がい状況から（車椅子・電動車椅子）は （必要・不要）である。		
上記のとおり意見する。 <div style="text-align: center;">令和      年      月      日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">           医療機関名            所在地            15条指定医師名         </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>			

※ご不明な点がございましたら、宮崎県身体障害者相談センター(Tel.0985-29-2556)までお問い合わせください。