

大阪府障がい者自立相談支援センター
身体障がい者支援課あて

下記の方について補装具が適合しておりますことを、医療機関医師により確認
できましたので提出します。

なお、適合結果については市町村に送付することに同意します。

補装具製作者

補装具製作者 記入欄

| | | | | |
|-------------|--------|-----------|----------|---|
| 申 請 者 | 判定書番号 | 平成 () 年度 | 障相第 201- | 号 |
| | ふりがな | 生年月日 | T・S・H | |
| | 氏名 | 年 月 日生 | | |
| | 申請先市町村 | 市・町・村 | | |
| | 補装具の名称 | | | |

補装具適合意見書

上記の補装具は判定書・処方通りに製作されており、上記の申請者に装着し
たところ、適合状態は良好であることを認めます。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名