

補装具交付（修理）意見書

本 人	氏 名 男・女	生年月日 年 月 日
	住 所	
	病 名	
	障害の部位及び状況	
補装具の名称		
処方		
上記のとおり診断します。 年 月 日 指定育成医療機関（保健所）名 医 師 印		