様式第2号(第2条関係)

交付修理

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補装具　　　意見書 | | | |
| 身体障害児童の住所氏名及び生年月日 | 住所 | 国頭村 | |
| 氏名 | 年　　月　　日生 | |
| 障害名 |  | | |
| 障害部位及びその状況 |  | | |
| 補装具の名称並びに処方 | 補装具名 | |  |
| 処方 | |  |
| その他 |  | | |
| 上記のとおり診断する。  年　　月　　日  医療機関名  医師名　　　　　　　　　　㊞ | | | |

備考　不要の文字は抹消すること。