様式第2号（第2条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付  補装具　　　　　意見書  修理 | | | |
| 身体障害児童の  住所氏名及び  生年月日 | 住所 | 産山村 | |
| 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。