

## 補装具費支給意見書(重度障害者用意思伝達装置用)

氏名	男・女	昭・平	年	月	日生( )	歳	
住							
TEL ( )							
所 使用場所 : 在宅 病院 その他( )							
障害名及び原因となった疾病・外傷名							
身障手帳：肢体不自由( )級、音声・言語機能障害( )級 【等級( )級】							
障害の状況(下記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載する)							
必要と認める補装具	補装具の種類、名称 重度障害者用意思伝達装置						
	処方	本体 文字等走査入力方式 (付加機能： 通信機能 ・ 環境制御機能) ( 本体付属品：プリンタ) 生体現象方式					機種名
		修理基準 本体修理					修理内容
		修理基準(付属品等) 固定台( アーム式 、 テーブル置き式) 入力装置固定具 呼び鈴 呼び鈴分岐装置					機種名
		修理基準(スイッチ) 接点式入力装置 帯電式入力装置 ( タッチ式加算 、 ピンタッチ式先端部加算) 筋電式入力装置 光電式入力装置 呼気式(吸気式)入力装置 圧電素子式入力装置 遠隔制御装置					機種名
使用効果見込み							
上記のとおり意見する							
年 月 日							
病院または診療所名							
所在地							
診療担当科目							
作成医師氏名							
						(印)	