

様式第2号(第2条関係)

補 装 具 交 付 意 見 書 修 理		
身 体 障 害 児 童 の 住 所 氏 名 及 び 生 年 月 日	住 所	南伊勢町
	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 及 び 処 方	補 装 具 名	
	処 方	
そ の 他		
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 医 師 名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>		

備考 不要の文字は抹消すること。