様式２－５

内部障害者用車椅子支給（修理）意見書

（車椅子、電動車椅子用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年　　月　　日生（　　才） | | | | |
| 住　所 |  | | | | |
| 障害名 |  | | | 手帳等級 | 種　　級 |
| 原因となった疾病名 | | |  | | |
| 参考となる経過・現症  〈歩行能力〉  握力：右（　　）㎏ 左（　　）㎏  車椅子の使用経験　普通型車椅子（　有・無　）　電動車椅子（　有・無　）  自力操作 　普通型車椅子（　可・不可　）電動車椅子（　可・不可　）  交通法規の理解能力（　有・無　）  〈その他参考となる合併症状〉 | | | | | |
| 補装具の名称 | |  | | | |
| 付属品及び特別な処方 | | | | | |
| 補装具使用により可能となること。  ・屋内移動　　　　　　　　　　　　　・その他（具体的に）  ・屋外移動  ・介助が不要となる | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日  医療機関名  所在地  指定医師名 | | | | | |

※身体障害者福祉法１５条指定医師により作成のこと。