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。