

様式第8号（第9条関係）

自立支援医療費（育成医療）治療用補装具交付意見書	
補装具の装着を必要とする者	氏名
	住所
	生年月日
	病名
補装具の装着を必要とする理由	
必要とする補装具	種目
	型式
	費用の概算額
装着予定年月日	年                      月                      日
備考	
<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: center;">指定自立支援医療機関    所在地</p> <p style="text-align: center;">名    称</p> <p style="text-align: center;">担当医師氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>	