

再支給		電動車椅子費再支給意見書（書面判定用）			
本人	氏名	男・女	生年月日：	昭和 平成 令和	年 月 日 歳
	住所			電話	
障がい名・等級	<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 ※非手帳所持者の場合、疾患名を記入する。				
障がい状況	※難病患者等の場合、特に身体症状等の変動状況や日内変動等について記入する。				
再支給についての意見	※難病患者等の場合、使用することで日常生活にどのような効果・影響が見込めるか具体的に記入する。				
電動車椅子再処方	型式	※再交付する電動車椅子の型式（該当するものに○を付ける） 普通型4.5km/H ・ 普通型6.0km/H ・ リクライニング式普通型 ・ 電動リクライニング式普通型 電動リフト式普通型 ・ 電動ティルト式普通型 ・ 電動リクライニング・ティルト式普通型 簡易型切替式 ・ 簡易型アシスト式 その他（ ）			
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関の住所 医療機関の名称 診療科名： 専門医 医師名 印					

※意見書作成医師は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、指定自立支援医療機関の医師、国立リハビリテーションセンターが行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師、保健所の医師、難病法第6条第1項に基づく指定医のいずれかであること。

※状況により、身体障害者相談センターへの来所が必要な場合があります。

※ご不明な点がございましたら、宮崎県身体障害者相談センター（TEL0985-29-2556）までお問い合わせ下さい。