

## 装具作製確認書

あなた（又は被扶養者）が医療機関で受診し、医師の指示により作製された装具に対する給付金支払決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いいたします。

- ① 下記質問について該当する番号を○で囲んでください。その他の場合は記述にてお答え願います。
- ② 作製された装具の写真を添付してください。（装具の上下左右、サイズ表示やロゴ等があればその箇所の写真も願います）
- ③ 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会等を行いますので、別紙「同意書」に署名・押印のうえご提出願います。
- ④ 本書及び別途行う主治医への照会等を基に総合的に判断することから、給付金支払決定まで時間を要する場合がございますが、あらかじめご了承ください。

保険証記号 番号	被保険者氏名	受診者氏名
—		
医療機関の初診日	装具を装着する事が決まった日	装具を装着した日
年 月 日	年 月 日	年 月 日

### 問1) 装具は今回初めて作製されましたか？

- (1) 以前も作製したことがある（※下記設問↓①～③にもご回答願います）
- (2) 初めて作製した（問2へ）
  - ① いづごろ作製されましたか？ 平成 年 月頃
  - ② 以前作製された装具はどうされましたか？
    - (a) 現在も使用している
    - (b) 装具業者へ返却した 返却時期 平成 年 月頃
    - (c) 廃棄した 廃棄時期 平成 年 月頃
  - ③ 今回作製した装具は次のどちらに該当されますか？
    - (a) 改めて作製した
    - (b) 以前作製した装具を修理した

### 問2) 障害者手帳はお持ちですか？

※障害者総合支援法による補装具支給の対象になるか判断する為、確認させていただいております

- (1) 持っている（※お手数ですが、手帳の写しを添付してください）
- (2) 持っていない

### 問3) 主治医からは、どのような目的の装具だと説明を受けましたか？（複数回答可）

- (1) 患部の支持・矯正・固定・免荷
- (2) 痛みや症状の緩和（除痛）
- (3) リハビリに必要
- (4) 再発防止・予防
- (5) 運動時（スポーツ）に必要
- (6) 説明を受けた覚えはない
- (7) その他

※裏面もご記入願います

