

車椅子意見書

(介護保険法が適用される者用)

氏名	(男・女)	T・S・H・R	年	月	日	(歳)
住所						
障害名・等級						
原因疾病名						
合併症病名						
障害・疾病等の状況						
オーダーメイドが必要な理由 介護保険制度福祉用具既製品のレンタルで対応できないところ(身体障害状況並びに機能的にみて不適合で車椅子の構造上改造が必要でありオーダーメイドとするところ)を <u>具体的に</u> あげて記載してください。						
上記のとおり、介護保険制度では対応できないオーダーメイドの車椅子が必要と認めます						
年		月		日		施設名・事業者名
						所在地
				職種		氏名