再支給	電動車椅子費再支給意見書（書面判定用）		
本人	氏名	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日　　歳
	住所	電話	
障がい名・等級	□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。** 種　　級		
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（該当するものに〇を付ける） 標準形低速用(4.5km/h)　・　標準形中速用(6.0km/h)　・　簡易形切替式　・　簡易形アシスト式	
	機構	※該当するものに〇を付ける 手動リクライニング機構　・　電動リクライニング機構　・　電動ティルト機構　・ 電動ティルト･リクライニング機構　・　電動リフト機構	

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。
※ご不明な点がありましたら、宮崎県身体障害者相談センター（℡0985-29-2556）までお問い合わせ下さい。

宮崎県身体障害者相談センター