

日常生活用具給付意見書

本人	住 所		
	氏 名		
	生年月日		
障がい名又は 原因となった疾病・ 外傷名		※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行 令で定める特殊の疾病（難病等）に該当 ☐ する ☐ しない	
障がい・疾患等の症 状及び 在宅生活に影響を 及ぼしている状況			
日常生活用具の種目 並びに性能		種 目	
		性 能	
上記用具の 使用の効果及び 必要性又は有効性			
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名称 医 師 氏 名 ⑩			