

日常生活用具給付意見書

本 人	住 所			
	氏 名		生年 月 日	年 月 日
障がい名及び原因となつた疾病・外傷名				
障がいの状況及び 用具の必要性 <u>※できるだけ詳しく記載願います。</u>				
		(※吸入器またはたん吸引器を必要とする場合) 上記の状況により、 呼吸器機能障害３級以上と同程度であると ☐ 判断する ☐ できない		
日常生活用具の種目 並 び に 性 能	種 目			
	性 能			
	使用による 効果の見込			
そ の 他				
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名称 医師氏名 				