

日常生活用具給付意見書

対象者 氏 名		生年月日	年 月 日 生 (歳)
身体障害者手帳 □(障害名) (等級) 級			
(原因となった疾病・外傷名)			
障害の状況（下記用具を必要と認める理由と上記障害の関連が明確となるように記載する）			
【確認事項】 人工呼吸器を使用している (該当 ・ 非該当)			
必要 用と 具認 める	用具の種目、名称 自家発電機又は外部バッテリー		
	使用効果見込み		
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 印			