

## 日常生活用具給付意見書

障害者の住所・氏名 生 年 月 日	住所：	
	氏名：	明治・大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)
給付希望用具名		
病 名		
障害の状況  使用状況・頻度等  (参考となる合併症・ 日常生活活動の制 限の有無も記載して ください)	(日常生活用具を必要と認める理由が明確になるように記載してください)	
上記のとおり意見する。  平成 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		

※ 不要な文字は、二重線にて末梢すること

※ 呼吸器障害3級以上と同程度の身体障害者で呼吸器の機能障害により自己身の日常生活活動が常時著しく制限されるものが支給対象となります。