

日常生活用具費給付意見書

氏名	年 月 日生 (歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名(難病患者等は疾患名)	
障害・疾患の状況(下記日常生活用具を必要と認める理由が明確となるように記載する。)	
・難病患者等は次の該当する番号に○をつけてください。(「2」に該当する場合は給付できません)	
在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか。 1. している 2. していない	
必要と認める日常生活用具	日常生活用具の種目、名称
	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	
(医師の自著であること。*ゴム印不可)	