


# 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 <input type="checkbox"/> (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)			
必要 と 認 め る 用 具	用具の種目、名称 (必要と認める用具に丸をする) ・電気式たん吸引器                      ・ネブライザー		
	使用効果見込み		
上記のとおり意見する。 年 月 日  <div style="text-align: center;">                     病院又は診療所名                       所在地                       診療担当科名                       作成医師氏名                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>			

※電気式たん吸引器・ネブライザーについては、呼吸器機能障害3級以上と同程度以上の身体障害者を対象とした給付品目です。