

日常生活用具費支給意見書

氏名	フリガナ	男・女	年 月 日生 才	
			住所	
障害名又は疾患名（注）				
傷病歴				
障害状況（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して下さい）				
必要と認める日常生活用具	日常生活用具の種目、名称			
	処方			
必要と認める日常生活用具	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				
作成医師名				
				印

（注）手帳所持者は手帳に記載されている障害名を記載し、難病患者の方は疾患名を記載してください。