

日常生活用具給付意見書

氏名	男・女	
生年月日	年 月 日	歳
住所		
身体障害者 手帳	等級	種 級
	障がい名	
原因となった疾病・外傷名		
障がいの状況 日常生活用具を必要とする身体状況等		
医師 所 見	在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか。 （当面、在宅で療養が可能であると判断できるか。）	
使用効果の見込み		
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 担当医師氏名 （自署しない場合は、記名押印してください。）		

※不要の文字は、二重線にて抹消すること。