

様式第2（第5条関係）

日常生活用具給付等意見書

氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
障害名及び原因となった疾病			
障害の状況（下記用具を必要と認める理由を具体的に記載してください。）			
※難病患者等は、現在の病状及び在宅での療養が可能であるか等を記入			
必要と認める日常生活用具	日常生活用具の名称		
	処 方		
	使用効果見込		
上記のとおり意見する。			
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p>			