

# 日常生活用具給付意見書

|                                                                    |               |       |               |       |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|-------|---------------|-------|
| 身体障害者児<br>の住所、氏名<br>及び生年月日                                         | 住 所           |       |               |       |
|                                                                    | 氏 名           |       | 生年月日          | 年 月 日 |
| 病 名                                                                |               |       |               |       |
| 障害の部位<br>及びその状況                                                    |               |       |               |       |
| 日常生活用具<br>の名称並びに<br>処方                                             | 日常生活用<br>具の要否 | 要 ・ 否 | 日常生活用<br>具の名称 |       |
|                                                                    | 処 方           |       |               |       |
| 備 考                                                                |               |       |               |       |
| <p>上 記 の 通 り 診 断 す る 。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名 印</p> |               |       |               |       |