

様式第2号（第3条関係）

日常生活用具給付意見書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日生		
住 所			
障がいの部位又は 疾 患 名			
必 要 と す る 日 常 生 活 用 具			
症 状	（日常生活用具を必要とする身体の状態等）		
在宅で療養が可能な 程度に症状が安定し ているか	（難病患者等の場合のみ記入すること。）		
日常生活用具の使用 による効果の見込み			
その他特記事項			

以上のとおり診断します。

年 月 日

医 療 機 関 名

医療機関所在地

担 当 医 師 名



※紙おむつ等の給付を申請する場合、意見書を作成できる医師は次のとおりです。

- ・対象者が18歳未満の場合は、更生医療指定医療機関の担当医師
- ・対象者が18歳以上の場合は、身体障害者福祉法による指定医師