

### 障害者等日常生活用具給付に係る医師意見書

対 象 者	氏 名		男・女	年 月 日生
	住 所	島本町		
疾 病 名				
障害の部位及びその状況				
日常生活用具名				
日常生活用具の要否	要 ・ 否			
日常生活用具が必要な理由				
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> <p style="text-align: right;">(※署名の場合は押印不要)</p>				