

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> | | | | |