

様式第2

日常生活用具費意見書（障害者（児）用）

| | |
|---|----------------------------------|
| 身体障害児・者の の居住地、氏名 及び生年月日 | 居住地 |
| | ふりがな 氏 名 （ 年 月 日生） |
| 病 名 | |
| 障害の部位及 びその状況 （下記日常生活用具 を必要と認める理由 が明確となるよう 記載する。） | |
| 日常生活用具の名称 | |
| 備 考 | |
| 上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医 師 名 印 | |