

日常生活用具費意見書(自家発電機等用)

身体障害児・者の居住地、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	自家発電機等		
人工呼吸器を常時使用しているか (○をつける)	している	-----	していない
健康保険等の医療保険による支給ができず、日常生活用具による給付が必要なもの (○をつける)	①自家発電機 ②外部バッテリー ③アクセサリーソケット※から電気を供給するケーブル ④その他 ()		
備考			
上記のとおり診断する。			
年 月 日			
医療機関名			
医師名		印	

※ 不用の文字は二重線にて抹消すること。