

# 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アクセサリースOCKET※から電気を供給するケーブル ④その他 ( ) ※自動車に装備されているシガーライター等の電気供給用のソケット	
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。