

日常生活用具給付意見書(難病患者用)

氏名			
住所			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
疾患名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載)		
疾患の状況	(在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か、当面、在宅での療養が可能であると判断できるか否かを記載)		
必要と認める 日常生活用具	日常生活用具名		
	処方 (タイプ等)		
	使用効果 見込み		
使用目的			
その他			
上記のとおり意見する。			
年 月 日			
医療機関名			
医師氏名			
印			