

障害者日常生活用具の給付に係る医師意見書

対象者	氏名		
	住所		
	生年月日	年	月 日
	疾患名		
申請する日常生活用具			
疾患に関して日常生活用具を必ずとする事由(※)	必要性	有 ・ 無	
	具体的な対象者な状況等		

※日常生活用具の必要性の有無と、具体的にご本人が日常生活用具を必要とされる事由についてご記入ください。

年 月 日

医療機関名称：

医療機関所在地：

医師名：

印