

- ・18歳未満は、更生医療指定医療機関担当医師に限定されます。
- ・18歳以上は、身体障害者福祉法による指定医に限定されます。

日常生活用具給付意見書

住所 弥彦村
障害者等
氏名

年 月 日生

- | | |
|------------|-----------------------|
| ・病名 | ・使用しなければならない日常生活用具の名称 |
| ・障害の部位 | ・日常生活用具の処方及び工作的所見 |
| ・障害の状況又は病状 | ・日常生活用具使用による効果の見込み |
| ・その他 | |

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名

医師氏名

印