

診 断 書

氏 名		年 月 日生
住 所		
疾 患 名		
症 状（日常生活用具の給付にあたっては必要とする身体の状況等）		

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医氏名

印

※ 重度の障害者等が日常生活用具の申請を行う場合は、18歳以上の者にあつては身体障害者福祉法による指定医、18歳未満の者にあつては障害者総合支援法による指定自立支援医療機関の医師の診断書に限定されます。