

日常生活用具給付意見書

氏名		昭和・平成・令和	年	月	日(歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名					
障害の状況(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。)					
必要と認める日常生活用具	日常生活用具の種目・名称				
	処方				
上記のとおり意見する					
令和 年 月 日					
病院又は診療所名					
所在地					
診療担当課名					
作成医師名					
印					

※身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師に作成してもらってください。

※意見書の有効期間は3ヶ月です。