様式第２号（第３条関係）

大崎市日常生活用具給付意見書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者（児）の住所  氏名及び生年月日 | 住所 | | | |
| 氏名 | | | 生年月日　　　　年　　月　　日 |
| 疾　　患　　名 |  | | | |
| 障害の部位及び  その症状 |  | | | |
| 日常生活用具処方 | 用具の  要否等 | □　要  □　否 | ※ネブライザー，電気式たん吸引器の場合  呼吸器機能障害３級以上又は同程度の身体障害者と  □　認められる　　□認められない | |
| 用具の  名　称 |  | | |
| 処　方 | （上記用具を必要とする身体の状況等） | | |
| 使用効果  見　　込 |  | | |
| 備　　　　　考 |  | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地  　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |