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 |