

障害者日常生活用具交付・修理意見書

障害者の住所・氏名及び生年月日	住 所  氏 名  生年月日
病 名	
障害の部位及びその状況	
日常生活用具の要否・名称並びに処方	
備 考	
上記のとおり診断する。  <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 印</p> <p style="text-align: right;">(言語聴覚士氏名 印)</p>	

注 当該意見書は、法第 20 条第 4 項に定める指定育成医療機関の担当医師、法第 19 条第 1 項の規定に基づく療育の指導等を実施する保健所の担当医師又は身体障害者福祉法第 15 条の規定により知事が指定する医師が作成したものであること。

知的障害者の携帯用会話補助装置については言語聴覚士の資格のある者が作成したものであること。