

日常生活用具給付 意見書

障がい者(児)の 住所・氏名及び 生 年 月 日	住 所 氏 名 生年月日 T・S・H・R 年 月 日生
病 名	
障害の部位及び その状況	
日常生活用具の 要否・名称及び 処方	
備 考	
上記のとおり診断する。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 令和 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 10px;"> 医療機関名 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 10px;"> 医師氏名 Ⓔ </div>	

※当該意見書は、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または障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条1項に定める指定自立支援医療機関（育成医療）の医師に作成してもらってください。