

重度障害者等日常生活用具費支給意見書

氏名	年 月 日生 (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
	使用効果見込み
上記のとおり意見する	
年 月 日	
病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名	