日 常 生 活 用 具 給 付 意 見 書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 必要とする用具 |  |
| 障害名（傷病名） |
| 障害等の状況（日常生活用具を必要とする身体の状況等） |

以上のとおり日常生活において用具が必要である。

平成　　　年　　　月　　　日

医療機関名

所　在　地

医　　　師