様式第4号(第7条、第9条関係)

日常生活用具給付意見書

|  |
| --- |
| 対象者氏名生年月日　　　　 年　　 月　　 日（　　歳） |
| 住　　所 |
| 障害・疾患名 |
| 障害・疾患の状況 |
| 必要な日常生活用具 |
| 必要とされる意見及び所見 |
| 　上記のとおり意見する。　　　　　　　　年　　 月　　 日医 療 機 関 名医療機関所在地医　師　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　 |

※日常生活用具給付意見書の発行者は、身体障害者福祉法による指定医(対象者が18歳未満の場合は指定自立支援医療機関に属する医師)に限定されます。