

様式第2号(第4条関係)

日常生活用具給付意見書

対象者(児)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	印

※身体障害者(児)は、身体障害者福祉法による指定医に限定されます。