

重度障がい者日常生活用具 意見書

身体障がい者又は児童の住所氏名及び生年月日

フリガナ		生 年 日 月 日	
氏 名		年	月 日 (歳)
住 所	区		

病 名			
障がいの部位 及びその状況			
用具の名称 並びに処方	用 具 名		
	処 方		
そ の 他			
上記のとおり診断する。			
年 月 日			
医療機関名			
医師氏名			

【ネブライザー・電気式たん吸引器】呼吸器機能障がい3級以上の手帳を所持していない場合は、身体障がい手帳の障がい又は指定難病に起因した症状により、呼吸器機能障がい3級以上と同程度である旨の記載が必要です。

【注】この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。