

日常生活用具給付意見書

氏名	年 月 日生	男・女
住所	年齢	歳
給付品目		
身体障害者手帳の有無	有(級)・無	
障害者総合支援法の対象疾患の有無	有・無	
病名		
日常生活用具が必要な理由		
<p>上記により、給付が必要と思われる。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の所在・名称</p> <p>医師名</p> <p>印</p>		

※給付品目には日常生活用具の品目を書いてください。