

日常生活用具費支給意見書

| | | |
|---|-------------------|--|
| 支給を希望する人について | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | 大正・昭和 年 月 日生（ 歳） 平成・令和 |
| | 現在お持ちの 身体障害者手帳 | 障害の等級（ 級） 障害の内容 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> （ ） |
| 人工呼吸器の使用について | | 年 月から |
| 使 用 状 況 | | <input type="checkbox"/> 在宅で常時使用 |
| 必要とする日常生活用具 | | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器外部バッテリー <input type="checkbox"/> 発電機 |
| 上 記 の 日 常 生 活 用 具 が 必 要 な 理 由 ・ 使 用 状 況 | | |
| <p>上記のとおり意見する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p> <p style="text-align: right;">㊞</p> | | |