

日常生活用具（医療機器用バッテリー（発電機を含む））給付にかかる意見書

氏名	
生年月日	年 月 日生（ 歳）
生活の場所	在宅 ・ 入院中（ 年 月 日に退院見込） その他（ ）
日常生活用具	医療機器用バッテリー ・ 発電機 ・ 蓄電池 ※必要なものを○で囲んでください。（1種目のみ）
<p>当該身体障がい者・児については以下のとおり日常生活用具が必要であると診断する。</p> <p>(1) 現に有する障がい（□にレ点を記入してください）</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害（ 1級 ・ 2級 ・ 3級 ）</p> <p><input type="checkbox"/> 体幹機能障がい（ 1級 ・ 2級 ）</p> <p><input type="checkbox"/> 肢体不自由（ 上肢 ・ 下肢 ・ 運動機能 ） 1級</p> <p><input type="checkbox"/> 音声・言語障がい（喉頭摘出者）</p> <p>(2) (1) の障がいを要因とし、日常生活用具を必要とする理由</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名 (自署または記名押印)</p> <p>※この診断書は、原則として身体障がい者福祉法第15条の指定医師が記入するものとする。 (裏面の注意書きをご覧の上、ご記入ください。)</p>	

注意

この意見書は、日常生活用具給付の可否を決定するための資料の一つとなるものです。この意見書で、給付すべき内容の記載がされていても、障害者手帳の記載内容、補装具費の支給状況、ほかの日常生活用具の給付状況などを総合的に審査した結果、給付決定されないこともありますので、ご了承ください。

また、不明な点があると給付の決定ができないことがありますので、正確にご記入ください。