

難病患者等日常生活用具給付意見書

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 ()
疾患名	
必要な日常生活用具	

当該難病患者等について以下のとおり日常生活用具が必要であると診断する。

◆症状（日常生活用具を必要とする身体の状態等）

◆在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か
（当面、在宅での療養が可能であると判断できるか）

年 月 日

医療機関名

医師氏名

（自署または記名押印）

※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。）

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。