

日常生活用具（電気式たん吸引器・ネブライザー）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	電気式たん吸引器 ・ ネブライザー ・ 吸引吸入両用器 ※必要なものを○で囲んでください。 (電気式たん吸引器とネブライザーは同時申請が可能です。)

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。

(1) 現に有する障がい（□にレ点を記入してください。）

呼吸器機能障がい

（※呼吸器機能障がい3級以上の手帳を所持している場合は意見書の作成は必要ありません。）

それ以外の障がい（呼吸器機能障がい3級以上と同程度）

障害名（ ）

(2) (1) の障がいを要因とし、日常生活用具が必要な理由及び使用効果

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、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。