

日常生活用具費意見書（自家発電機等用）

身体障害児・者の 居住地、氏名 及び生年月日	居住地	
	ふりがな 氏 名 (年 月 日生)	
病 名		
障害の部位及び その状況 (下記日常生活用具 を必要と認める理由 が明確となるよう 記載する。)		
日常生活用具の名称	自家発電機等	
人工呼吸器を常時 使用しているか (○をつける)	している	していない
人工呼吸器を「夜間の み」使用しているか (○をつける)	している	していない
電気式たん吸引器を常時 使用しているか (○をつける)	している	していない
ネブライザーを常時使用 しているか (○をつける)	している	していない
健康保険等の医療保険 による支給ができず、 日常生活用具による給 付が必要なもの (○をつける)	①自家発電機 ②ポータブル電源 ③蓄電池 ④外部バッテリー ⑤アクセサリースOCKET※から電気を供給するケーブル ⑥その他 () ※自動車に装備されているシガーソケットライター等の電気供給用のソケット	
備 考		
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医 師 名</p>		

※不用の文字は二重線にて抹消すること。