

日常生活用具費意見書(自家発電機等用)

身体障害児・者の 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		
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
医療保険による 給付ができず、 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外部バッテリー ③アクセサリソケットから電気を供給するケーブル ④その他 ()	
備 考		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医 師 名		