

## 日常生活用具給付に関する意見書

1 氏 名			性別
2 生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日		
3 住 所			
4 診断名(障害名)			
5 必要とする日常生活用具 (該当する品目に○)		正弦波インバーター発電機（ガソリン等で作動する発電機）	
		ポータブル電源(蓄電機能を有する電源装置)	
		DC／ACカーインバーター(自動車用バッテリー等の直流電流を正弦波交流電流に交換する装置)	
6 上記用具を必要とする 医療的ケア (該当する品目に○)		人工呼吸器	
		痰吸引	
		その他( )	
7 障害の状況及び当該日常生活用具が必要な理由			
<p>上記の日常生活用具の必要性が認められます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">診 療 科</p> <p style="text-align: right;">医 師 名 印</p>			