

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○)		正弦派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派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			
上記の日常生活用具の必要性が認められます。			
令和 年 月 日			
医療機関名			
所在地			
診療科			
医師名 印			