

日常生活用具給付意見書

(ネブライザー・電気式たん吸引器・
パルスオキシメーター・蓄電池又は外部バッテリー用)

住 所	
氏 名	
生年月日	
◆障害名 及び原因 となった 疾病・外 傷名	※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施 行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（□する・□しない）
◆呼吸器機能障がいの個別等級が3級未満の者及び障害者総合支援法に該当し ない者に関する意見 ※呼吸器機能障がいの個別等級が3級以上の者と同程度の身体障がいを有する 者に該当（□する・□しない）	
◆障がいの状況・重要な症状等 (注：難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても 記載してください。)	
◆必要とする日常生活用具の名称 (該当するものに○をつけてください。)	ネブライザー・電気式たん吸引器・ パルスオキシメーター・ 蓄電池又は外部バッテリー
◆上記用具を必要とする理由	
年 月 日	
医療機関名	
医師氏名	

【記載例】日常生活用具給付意見書

(ネブライザー・電気式たん吸引器・
パルスオキシメーター・蓄電池又は外部バッテリー用)

住 所	
氏 名	
生年月日	
◆障害名及び原因となった疾病・外傷名	※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（□する・□しない）
◆呼吸器機能障がいの個別等級が3級未満の者及び障害者総合支援法に該当しない者に関する意見 ※呼吸器機能障がいの個別等級が3級以上の者と同程度の身体障がいを有する者に該当（□する・□しない）	
◆障がいの状況・重要な症状等 (注：難病患者等については、身体状等の変動状況や日内変動等についても記載してください。)	該当または非該当のいずれかを選択してください。
◆必要とする日常生活用具の名称 (該当するものに○をつけてください。)	ネブライザー・電気式たん吸引器・ パルスオキシメーター・ 蓄電池又は外部バッテリー
◆上記用具を必要とする理由	
年 月 日	
医療機関名	
医師氏名	