

日常生活用具給付意見書

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 工令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）
◆障害・病気の症状及び在宅生活に影響を及ぼしている状況	
(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 載する)	
◆日常生活用具の名称	
◆上記用具の使用の必要性又は有効性及び効果	
年 月 日	
医療機関名	
医 師 氏 名	