

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付意見書

氏 名		生年月日	年 月 日(歳)
住 所			
給付希望用具名称			
上記用具が必要となる原因傷病名			
障害の状況 使用状況・頻度等 (参考となる合併症状・日常生活活動の制限の有無も記載してください。)	(日常生活用具を必要と認める理由が明確となるように記載する)		
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名			