様式第２号の１

障害者日常生活用具給付意見書（自家発電機等用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身体障害児・者の居住地、氏名及び生年月日 | 居住地 | |
| ふりがな  氏名  （　　　年　　　月　　　日生） | |
| 病　　　名 |  | |
| 障害の部位及び  その状況  （下記日常生活用具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。） |  | |
| 日常生活用具の名称 |  | |
| 人工呼吸器を常時  使用しているか  （〇をつける） | している | していない |
| 医療保険による給付ができず、日常生活用具による給付が必要なもの（〇をつける） | ①発電機・車載用インバーター発電機・ＤＣ／ＡＣインバーター  ②外部バッテリー  ③アクセサリーソケットから電気を供給するケーブル  ④その他( ) | |
| 備考 |  | |
| 上記のとおり診断する。  年　　　月　　　日  医療機関名  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |