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 |