

日常生活用具給付意見書

対象者(児) 氏名	年 月 日生(男・女)
対象者(児) 住所	
疾患名又は 障害名	
病状等の 状況	(日常生活用具を必要とする理由及びその身体の状況等を具体的に記載してください)
必要と認める 日常生活用具	
日常生活用具 を使用した場 合の効果見込 み	
以上のおり意見します。 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 担当医師氏名	

【記載にあたっての注意事項】

この意見書は、名護市日常生活用具給付等事業の給付の可否を決定するための判断資料のひとつとなるものです。

この意見書の内容の他に、障がい者手帳の記載内容、補装具費の支給状況、障がい福祉サービスの利用状況、他の日常生活用具の給付状況、特別障害者手当等の受給状況などを合わせもって給付の可否を決定する場合もあるため、この意見書の記載内容と給付可否の結果が一致しないこともありますので、御了承ください。

また、未記入等の不備や不明な点がありますと給付可否の審査ができないことがありますので、正確に御記入ください。