

様式第 2 号の 3 表面（第 4 条関係）

重度障害者等日常生活用具給付意見書（難病患者等用）	
氏 名	(年 月 日生)
病 名	(発生 年 月 日)
主要な症状等	
必要とする日常生活用具	
上記用具を必要とする身体 の状況等	
在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。 （当面在宅での療養が可能であると判断できるか。） <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
備考	
上記のとおり日常生活において用具が必要である。 年 月 日 医療機関名 医 師 名	

○裏面の注意書きをご覧の上、ご記入ください。

一宮市

様式第 2 号の 3 裏面（第 4 条関係）

注意

この意見書は、日常生活用具給付の可否を決定するための資料の一つとなるものです。この意見書で、給付すべき内容の記載がされていても給付決定されないこともありますので、ご了承ください。

また、不明な点がありますと給付の決定ができないことがありますので、正確にご記入ください。