**日常生活用具給付（貸与）意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 生（　　歳） |
| 住所 | 熊本県下益城郡美里町 | 手帳等級 | 種　　級 |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名 |
| 障害の状況（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） |
| 必要と認める用具 | 日常生活用具の種目、名称 |
| 処方、必要とする期間 |
| 使用効果見込み |
| 上記のとおり意見する。　令和　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　医療機関の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　15条指定医師氏名　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

※15条指定医師の氏名を記入ください。