**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。