日常生活用具支給意見書

<table>
<tr><td rowspan="3">身体障害者（児）</td><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>障　害　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>必要な用具</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>経緯・状況</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>その他
医師所見</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり日常生活用具の必要性を認める。

令和　　年　　月　　日

医療機関名
所　在　地
診療担当科　　科　医師氏名</td></tr>
</table>