

別紙2

日常生活用具支給意見書（特殊の疾病（難病））

氏名		年月日生	男・女
住所			
疾患名	※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）		
疾病等の状況	（日常生活用具を必要とする身体の様況等） （注：難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載）		
日常生活用具名			
使用効果見込み			
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 担当医師 氏名 ㊟			