

日常生活用具給付申請にかかる意見書

令和 年 月 日

住所

身体障害児・者氏名

前記の者は、

電気式たん吸引器
ネブライザー

について常時必要であり、かつ使用できる

ものと判断したので、下記のように意見を付します。

記

用具を必要とする理由

- (1) 声帯及び喉頭を摘出、あるいは気管切開を行ったため
- (2) 脳性まひ等全身性障害で喀痰・喀出が困難なため

病院又は診療所の名称 _____

所在地 _____

診療担当科名 _____ 科 医師氏名 _____ 印

※参考 給付については、上記の理由に加え、下記障害名が記載された身体障害者手帳を所持していることが条件となります。

理由 (1) が該当 呼吸器機能障害もしくは音声言語機能障害

(2) が該当 上肢、下肢、体幹機能障害のいずれかにより2級以上