

第2号様式（第3条関係）

障がい者等日常生活用具給付意見書	
給付対象者 氏 名	(年 月 日生)
給付対象者 住 所	
疾 病 名	発生 年 月 日 障がいの原因：(先天性・後天性（外傷・産業・交通・疾病・その他）)
障がいの部位 及びその状況	
日 常 生 活 用 具 の 名 称	
用 具 を 必 要 と す る 理 由	
備 考	
上記のとおり診断する。 年 月 日 医 療 機 関 名 医 師 ㊞	