

様式第 2 - 2 号

日常生活用具給付に関する意見書（自家発電機等用）

住 所 氏 名	(年 月 日生)	
原因疾患	発症 年 月 日	
障害の状況		
用具の名称		
人工呼吸器を 常時使用しているか (○をつける)	している	していない
電気式たん吸引器を 常時使用しているか (○をつける)	している	していない
ネブライザーを 常時使用しているか (○をつける)	している	していない
医療保険による給付がで きず、日常生活用具によ る給付が必要なもの (右の□のいずれか1つ にレ点をつける)	<input type="checkbox"/> 外部バッテリー <input type="checkbox"/> 蓄電池 <input type="checkbox"/> 車載用インバーター <input type="checkbox"/> 発電機	
備考		
上記のとおり診断する 年 月 日 医療機関名 医師名		