

様式第3号の2（第5条関係）

（表）

日常生活用具給付意見書 （自家発電機・ポータブル電源（蓄電池）・カーインバーター）			
患者氏名		生 年 月 日	性 別
		年 月 日生	男・女
患者住所	紀の川市		
障害名			
(発症年月 年 月)			
症状等（日常的に生命・身体機能維持のために電気式医療機器の使用が必要である状況等） 			
在宅で療養が可能な程度に病状が安定しているか否か。 （当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。）			
使用が必要な電気式医療機器名			
必要と認める用具の種目 （いずれか1品目）	【在宅療養等支援用具】 ☐ 自家発電機 ☐ ポータブル電源（蓄電池） ☐ カーインバーター		
日常生活用具の必要性	1. 障害等の状況上、上記用具の給付が必要である。 2. 障害等の状況上、上記用具の給付は必要でない。		
年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 担当医師 氏名 担当医師 連絡先 TEL ()			

※裏面をご確認ください。

(裏)

医 師 の 皆 様 へ

紀の川市では、障害者等の日常及び療養生活を支援するため「紀の川市日常生活用具給付事業」を実施しています。この事業において用具の給付を受けていただくために、医師の意見書が必要な場合があります。

つきましては、本事業の趣旨をご理解の上、指定の意見書にご記入くださいますようお願いいたします。

意見書には、在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾患に関する現在の主要症状及び当該疾患に係る現状及び病状から必要と認められる用具がある場合、用具の名称を記載してください。

*** 日常的に生命・身体機能維持のために電気式医療機器の使用が必要である方について**

以下の給付要件を満たす場合、在宅療養等支援用具の「自家発電機」、「ポータブル電源（蓄電池）」及び「カーインバーター」の給付対象となります。**※いずれか1品目のみ**

【給付要件】

医師の意見書により在宅で日常的に生命・身体機能維持のために人工呼吸器等の電気式医療機器の使用が必要であると認められる者で、次のいずれかに該当するもの

- 1 呼吸器機能障害３級以上の身体障害者
- 2 障害の程度が呼吸器機能障害３級以上と同程度であると認められる身体障害者又は難病患者等