

様式第2号(第5条関係)

(表)

日常生活用具給付意見書			
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)		
必要とする用具の種目			
症状等(日常生活用具を必要とする身体の状況等)			
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。)			
日常生活用具の必要性	1. 障害等の状況上、給付が必要である。 2. 障害等の状況上、給付は必要でない。		
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 担当医師 連絡先 TEL ()			

(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。