

日 常 生 活 用 具 給 付 意 見 書		
身体障がい者 (児)	住所	総社市
	氏名	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
障がい名		
疾患名	(障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名)	
障がいの部位 及びその状況		
日常生活用具の 名称		
上記の障がいによ り日常生活用具を 必要とする理由		
備考		

上 記 の と お り 診 断 す る 。

総 社 市 長 様

年 月 日

医療機関名

医師名

印