

松江市障がい者等日常生活用具給付事業

紙おむつ給付意見書

氏名		生年 月日	T・S H・R	年	月	日生（ ）歳
障がい名及び原因となった疾病、外傷名						
障がいの状況・給付の必要理由 (発症年齢、排泄の意思表示が困難で、常時で今後とも紙おむつが必要であることの記載が必要)						
使用効果見込み						
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当者名 作成医師名 印						