

意見書(日常生活用具 電気式「痰」吸引器・吸入器用)

対象者氏名		生年月日	
対象者住所	〒		

給付用具 (右欄の用具名に○)	(電気式「痰」吸引器 ・ 吸入器)
--------------------	---------------------

対象者に ついて	疾病名	
	身体状況について	(できるだけ詳しくご記入ください。)

身体手帳等級相当 の判断について	上記のとおり診断し、身体障害者手帳呼吸器機能障害3級以上、もしくはそれと同程度と (認められる ・ 認められない)
---------------------	--

年 月 日

医療機関名

担当医師

印