

日常生活用具意見書

ふりがな		男・女	年 月 日生 (歳)
氏 名			
住 所			
傷病名			
現 症			
手 帳	障 害 名 等 級 用具の対象となる障害者手帳を取得していない場合は、手帳を申請した場合の相当等級を記載してください。		
日常生活用具の種目及び名称	種 目	工作的意見（基本構造・付属品等）	
	名 称		
効 果 見込み			
以上のとおりです。 年 月 日 医療機関 医 師			