

日常生活用具給付 医師意見書 (蓄電池用)

氏名		生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
住所	香取市					
使用している 医療機器・治療法	<input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 () ※該当にチェックをして下さい <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法					
現症	<input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 難病 () ※該当にチェックをして下さい					
参考となる経過・所見 [※治療の経過や現症など対象者の状態について詳しく記入してください。 (在宅酸素や人工呼吸器の活動能力の程度・吸入または吸引の必要頻度・実施者など)]						
備考	※ポータブル電源(蓄電池)の交付要件は呼吸器に障害のある難病指定をされていない方、呼吸器機能障害で手帳を取得されていない方については呼吸器機能障害3級以上と同程度の現症で、必要と認められる方が対象です。呼吸器機能障害3級以上と同程度である旨を記入してください。					
上記により、給付が必要と認めます。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> 医療機関の 名称・所在地 担当科名 医師名 印						

この意見書は呼吸器機能障害の身体障害者診断医(15条指定医)、または難病の主治医による記載をお願いします。