

第2号様式の2（第6条関係）

昭島市日常生活用具給付用医師意見書  
(ネブライザー（吸入器）・電気式たん吸引器用)

氏 名		生年月日	年 月 日	
住 所			年齢	歳
疾 患 名	(発症の時期： 年 月頃)			
症 状	(症状に変化がある場合は、その状態や変化の時期、期間等について記載してください。)			
日 常 生 活 用 具	給付要件	身体障害者手帳の呼吸器機能障害3級と同程度以上の障害があることにより、ネブライザー（吸入器）又は電気式たん吸引器の使用が必要と認められること。		
	給付が必要な用具及び給付要件該当の有・無	<input type="checkbox"/> ネブライザー（吸入器） <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器  ※上記給付要件に該当 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
	使用効果等意見			
<div>(宛先) 昭島市長</div> <div>年 月 日</div> <div>医 療 機 関 名 医療機関所在地 電 話 番 号 担 当 医 師 氏 名</div> <div>印</div>				