

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				
(宛先) 昭島市長 年月日					
			医療機関名		
			医療機関所在地		
			電話番号		
			担当医師氏名	印	