

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）<br><input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器<br><b>※上記給付要件に該当</b> <input type="checkbox"/> 有   ・ <input type="checkbox"/> 無 |      |   |    |   |
|   | 使用効果等意見                                   |  |      |   |    |   |
| （宛先）昭島市長<br><br>年 月 日<br><br>医療機関名<br>医療機関所在地<br>電話番号<br>担当医師氏名 |   |  |      |   |    |   |
|   |   |  |      |   |    | 印 |