

様式第3号の2(第5条関係)

日常生活用具(自家発電機・外部バッテリー)給付にかかる意見書	
氏名	年 月 日生
生活の場所	在宅 ・ 入院中(年 月 日に退院見込) その他()
日常生活用具	(用途) 人工呼吸器用
	(用具種目) 自家発電機 ・ 外部バッテリー
<p>※用具種目を○で囲んでください。(いずれか1種目のみ)</p> <p>当該身体障害者・児については下記により上記の用具が必要であると診断する。</p> <p>◆現に有する障害について(□にレ点を、等級に○を記入ください)</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害(1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級) ※たん吸引器用については呼吸器障害3級以上が要件</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害以外(1級 ・ 2級 ・ 3級) 障害名()</p> <p>◆上記障害を要因とし、人工呼吸器を必要とする理由 および、今回申請する用具が必要となる理由について</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">(署名または記名押印)</p>	

※日常生活用具給付事業については、対象者が現に有している障害を要因として用具が必要と認められる場合のみ、制度の対象となります。障がいと用具が必要な理由との間に関連がない場合は制度の対象となりませんのでご注意ください。