

様式第2号（第5条関係）

十日町市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付意見書

対 象 者 名		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
対 象 者 住 所			
疾 患 名			
症 状			
給 付 を 希 望 す る 用 具 名 (型 式 等 含 む。)			
<p>在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。 (当面、在宅で療養が可能であると判断できるか。)</p>			
<p>日常生活用具給付後の予測される状況</p>			
<p>備 考</p>			

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名
所在地
担当医師名

印