十日町市小児慢性特定疾病児童等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。)					
在宅で療養が可能な(当面、在宅で療養を	が可能であると判断		, o		
日常生活用具給付後	の予測される状況				
備考					
上記のとおり診断します。					
年 月	日				
		医療機	関名		
		所 在			
		担当医	帥名		