

鷹栖町日常生活用具給付意見書(身体障害者等)			
氏 名	( 年 月 日生)		
病 名	発生 年 月 日 障害の原因:(先天性・後天性(外傷・産業・交通・疾病・その他))		
障 害 の 状 況	(必要な用具が紙おむつ等である場合は, 起居動作等の身体状況と便意・尿意の意思表示の状態を記載すること。)		
	紙おむつ等の場合	便意の意思表示 (有・無) 尿意の意思表示 (有・無)	
日 常 生 活 用 具 の 名 称			
	紙おむつ等の場合	1 紙おむつ      2 脱脂綿      3 ガーゼ	
用 具 を 必 要 と する 理 由			
備 考			
上記のとおり日常生活において用具が必要である。			
年 月 日			
医 療 機 関 名			
医 師 印			