

日常生活用具医学意見書

対象者	氏名		年 月 日生
	住所		
しょうがい名			手帳交付： 年 月 日
			現等級： 級
原傷病名及び現症：			
日常生活用具の名称：			
意見及び効果見込み：			
備考：			

上記のとおり必要と認めます。

年 月 日

長浜市福祉事務所長 様

医療機関名 _____

医師名 _____ 印