

様式第 5 （第 5 条関係）

日常生活用具給付意見書（難病用）

氏名	(生年月日 年 月 日)
病名	
障害状況	
必要とする日常生活用具	
用具を必要とする理由	
備考	
上記のとおり診断する。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師名	

※ 裏面の注意をご覧いただき、ご記入ください。

記入上の注意

この意見書は、日常生活用具給付の可否を決定するための資料の一つとなるものです。

この意見書で、給付すべき内容の記載がされていても、補装具費の支給状況、その他の日常生活用具の給付状況等を総合的に審査した結果、給付決定されないこともありますので、ご了承ください。

また、不明な点がありますと給付の決定ができないことがありますので、正確にご記入ください。

【この意見書が使用できる日常生活用具の種目及び対象】

1 特殊寝台、特殊マット、体位変換器

寝たきり状態であることが医師の意見書で確認できる者

2 特殊尿器

自力で排泄できないことが医師の意見書で確認できる者

3 移動用リフト、訓練用ベッド、居宅生活動作補助用具

下肢又は体幹機能に障害のあることが医師の意見書で確認できる者

4 便器

常時介護を要することが医師の意見書で確認できる者

5 移動・移乗支援用具

下肢が不自由であることが医師の意見書で確認できる者

6 特殊便器

上肢機能に障害のあることが医師の意見書で確認できる者

7 ネブライザー、電気式たん吸引器

呼吸器機能に障害のあることが医師の意見書で確認できる者

8 動脈血中酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)

人工呼吸器の装着が必要なことが医師の意見書で確認できる者