様式第５号（別表関係）

日常生活用具医学意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 年　　月 　日生 |
| 住所 |  | | |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名 |  | 手帳：　　年　　月　　日交付  等級：第　　　種　　　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： | | | |

上記の通り必要と認めます。

　　 年 月 日

草津市福祉事務所長 様

医療機関名

所在地

診療担当科

医師名