

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