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