意　　　見　　　書（難病）

（日常生活用具給付事業）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏　　　　　名 |  |
| 現　　住　　所 | 〒 | | |
| 疾　　患　　名 |  | | | |
| １　 給付を必要とする日常生活用具 | | | | |
| ２　　日常生活用具の給付が必要な理由（疾患名との関連における給付の必要性をご記入ください） | | | | |
| ３　　使用上の留意点等 | | | | |
| 以上のとおり、日常生活用具の必要性を認めます。  　　　　年　　　　月　　　　日  豊島区長殿  医療機関名  診療担当科  医　　師　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電　　　　話 | | | | |