日常生活用具給付意見書（発電機等）

氏　　名 生　年　月　日	（　　年　　月　　日生）
住　　所	
障　害　名 （病　名）	※障害者総合支援法の対象となる難病等に該当（□する　□しない）どちらかに✓をいれてください
生　活　の　場	どちらかに✓を入れてください □在宅　　□入院中（退院見込日　　年　　月　　日）
人　工　呼　吸　器 の　使　用　頻　度	どちらかに✓を入れてください □24時間、常時人工呼吸器を使用している □上記以外（　　）
給付を希望する 日　常　生　活　用　具	どちらかに✓を入れてください □発電機　　□蓄電池
医　師　所　見	※病状の経過及び対象者にとって発電機等が必要かどうかできるだけ詳しくご記入ください

上記のとおり意見します。

年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

医　師　名

（注）この意見書は、身体障害者手帳所持者（または難病患者）で、在宅において医療的ケアを必要とし常時人工呼吸器の装着が必要と医師が認めた方の発電機等の給付申請に必要なものです。要件を満たしていない場合は給付対象外となります。