

様式第2号（第4条関係）

（障がい者日常生活用具給付申請用）

## 診 断 書

対象者	(ふりがな) 患者氏名		生年月日  年 月 日	年齢  歳
	患者住所			
疾患・傷病状態	疾患名			
	症状 (日常生活用具を必要とする身体の状況)			
必要な日常生活用具の種類				
医師意見書 ① 在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか ② 日常生活用具を必要とするか等				

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

所在地

(電話番号 )

医師氏名

印