# 地域生活支援事業（日常生活用具給付）意見書（発電機等）

<table>
<tr><td rowspan="2">身体障害児・者の<br>居住地、氏名<br>及び生年月日</td><td>居住地</td></tr>
<tr><td>ふりがな<br>氏　名<br>（　　年　　月　　日生）</td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>障害の部位及び<br>その状況<br>（下記日常生活用具を<br>必要と認める理由が<br>明確となるよう記載）</td><td></td></tr>
<tr><td>日常生活用具の名称<br>（健康保険等の医療保険<br>による支給ができず、日<br>常生活用具による給付が<br>必要なもの）</td><td>・発電機<br>・外部バッテリー等（　　）</td></tr>
<tr><td>人工呼吸器を常時<br>使用しているか</td><td>している　　・　　していない</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">上記のとおり意見する。<br><br>年　　月　　日<br><br>医療機関名<br>所　在　地<br>医　師　名<br>（自署又は記名押印）</td></tr>
</table>