

別記第11号様式（第17条関係）

その1

日常生活用具給付意見書（電気式たん吸引器・ネブライザー）

氏名		年齢		市町村名	
原傷病名及び障がい名					
（電気式たん吸引器 ・ ネブライザー）の必要性及び障がいの程度					
（必要性）					
（障がいの程度）					
呼吸器機能障がい3級以上と同程度と 認める・認めない					
年 月 日					
医療機関名					
医師名					
印					