

日常生活用具交付意見書

障害者等	住所	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生
病 名		
障害の部位 及びその状況		
寝たきりの有無	有 ・ 無	
日常生活用具 の名称		
必要とする理由 及び効果		

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

敦賀市福祉事務所長 あて

医療機関名

医師氏名