日常生活用具給付意見書（発電機等）

<table>
<tr><td>（フリガナ）
氏　名
生年月日</td><td colspan="2"></td><td>年　月　日（　才）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>障害名
（病名）</td><td colspan="3">※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）</td></tr>
<tr><td>生活の場</td><td colspan="3">在宅　入院中　施設入所中　その他　※施設・病院名等（　）</td></tr>
<tr><td>給付を希望する日常生活用具</td><td colspan="3">発電機　蓄電池　※必要なものを○で囲んでください。（１種類のみ）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">障害の状況</td><td rowspan="2">身体状況</td><td>人工呼吸器を常時使用しているか</td><td colspan="2">している　していない</td></tr>
<tr><td>必要な医療的ケア</td><td colspan="2">人工呼吸器による呼吸管理　喀痰行為　その他（　）</td></tr>
<tr><td>医師所見</td><td colspan="4">※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。</td></tr>
</table>

記載年月日　：　年　月　日

医療機関名

医療機関所在地

医　師　名　印

(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。