

意見書（特殊マット（B）申請用）

次のとおり診断します。

氏名		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生（	才）
住所							
障害名	身体障害者手帳 種 級 療育手帳 有（A・B） 無						
生活地	在宅 施設入所中 入院中 その他 ※施設・病院名等（ ）						
障害の状況	身体状況	体位変換	不可能		可能		
		介護	常に介護を要する		介護を要しない		
		褥瘡	あり（		）なし		
	意思伝達状況	口語での意思疎通	不可能	動作で可能	言語で可能		
現症							
上記のとおり、特殊マット（B）の必要性が（ ある ・ ない ）と認められます。							
記載年月日：平成 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 電話番号 FAX 医師名 印							

（注）この意見書は、下肢又は体幹機能障害1級の身体障害者手帳所持者で、体位変換困難であり常時介護を要するものの特殊マット（B）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。