様式第10号

日常生活用具（電気式たん吸引器・ネブライザー）給付にかかる意見書	
氏　名	年　　月　　日生
生活の場所　在宅　・　入院中（　　年　月　日に退院見込）・　その他（	
日常生活用具	たん吸引器　・　ネブライザー

※必要である方、又は両方を〇で囲んでください。

・当該身体障がい者・児については下記により上記の用具が必要であると診断する。

◆現に有する障がいについて（□にレ点を記入ください）

□　呼吸器機能障がい
（※呼吸器機能障がい３級以上の手帳を所持している場合は意見書の作成は必要ありません）

□　それ以外の障がい
障がい名（　　）

◆**上記障がいを要因とし、**日常生活用具（たん吸引器・ネブライザー）を必要とする理由について（※をご参照ください）

（　　）

年　　月　　日

医　療　機　関　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１５条指定医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この診断書は、身体障害者福祉法第１５条の指定医師が記入するものとする。

※日常生活用具給付事業については、対象者が現に有している障がいを要因として用具が必要と認められる場合のみ、制度の対象となります。
障がいと用具が必要な理由との間に関連がない場合は制度の対象となりませんのでご注意ください。