様式第11号

日常生活用具（自家発電機・外部バッテリー）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	（用途）　人工呼吸器用　・　たん吸引器用
	（用具種目）　自家発電機　・　外部バッテリー

※用途・用具種目をそれぞれ〇で囲んでください。（いずれか１種目のみ）

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、等級に〇を記入ください）

□ 呼吸器機能障がい※（　１級　・　２級　・　３級　）

※たん吸引器用については呼吸器障がい３級以上が要件

□ 体幹機能障がい（　１級　・　２級　）

□ 肢体不自由（　上肢　・　下肢　・　運動機能　）　１級

□ 音声・言語障がい（咽頭摘出者）

◆上記障がいを要因とし、人工呼吸器又はたん吸引器を必要とする理由
および、今回申請する用具が必要となる理由について

（　　）

年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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。