

介護用品（紙おむつ等）費支給意見書（障がい要件用）

| | |
|---|------------|
| 氏名 | 年 月 日生（ 歳） |
| 住所 | |
| 障がい名及び原因となった疾病・外傷名等 | |
| 以下のスペースには、 <u>現在の状況</u> や <u>介護用品の必要性</u> について、詳細に記載してください。 | |
| （ | |
| 年 月 日 | |
| 病院又は診療所名 | |
| 所在地 | |
| 診療担当科名 | |
| 作成医師氏名 | |