意見書

|  |
| --- |
| 氏名 |
| 住所 |
| 生年月日　　　　明治・大正  　　　　　　　　昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 障害名（※１） |
| 疾患名（※２） |
| 給付を必要とする理由（※３） |
| 医療機関名  所在地  医師氏名  電話番号 |

※１身体障害者手帳に記載してあるとおり記入すること。

※２障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第４条第１項の政令で定める疾患名を記載すること。

※３天草市日常生活用具給付事業実施要綱別表に定める「ネブライザー（吸入器）」「電気式たん吸引器」の支給対象者（呼吸器障害3級以上又は同程度の障害を有する者であって、必要と認められるもの及び呼吸機能障害のある難病患者等）と同程度の障害状況であることが分かるよう記入すること。