

## 日常生活用具給付意見書

身体障害者(児)の住所 氏名及び生年月日	住所	
	氏名	生年月日
障 害 名		
原 因 と な る 疾 病 外 傷 名		
障害の部位及び状況		
日常生活用必要の 有無、理由並びに 名 称	日常生活用具 ※必要の有無	有、無
	日常生活用具必要の理由	
	日常生活用具の名称	暗所視支援眼鏡
備考（使用効果の見込等）		
以上のとおり日常生活用具の（暗所視支援眼鏡）は、本人に適合しており必要と認められます。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">                     令和    年    月    日                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     医療機関名 _____                      所在地 _____                      医師名 _____                 </div>		