


第2号様式の3（第5条関係）

日常生活用具給付意見書 (非常用電源用)			
氏名		生年月日	年 月 日生
住所			
障害名及び原因となった疾病・外傷名	疾病名 発症 年 月 日		
使用している人工呼吸器 (該当するものに☑をつけること。)	<input type="checkbox"/> TPPV (気管切開孔を介したもの) <input type="checkbox"/> NPPV (鼻マスク又は顔マスクを介したもの)		
医学的所見からの本人の身体状況	(人工呼吸器を必要とする理由及び身体の状況等)		
必要頻度 (該当するものに☑をつけること。)	<input type="checkbox"/> 常時(24時間)人工呼吸器を使用している。 <input type="checkbox"/> 上記以外		
上記のとおり意見します。  年 月 日  医療機関名 所在地 担当医師名			
			

※この意見書は、松山市日常生活用具費支給事業において、非常用電源の給付対象になるかの判断に使用するものです。なお、給付対象は、在宅で常時人工呼吸器を使用している身体障がい者(児)、難病患者等となります。