日常生活用具（たん吸引器・ネブライザー）給付意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 年　　　月　　　日生 | 男・女 |
| 希望品名 | □たん吸引器　□ネブライザー　□吸引・ネブライザー兼用 | | |
| 現　症 | □　呼吸器機能障害　　　□　燕下障害 | | |
| 参考となる経過・所見 | | | |
| 備考 | | | |
| 上記により、給付が必要と思われます。  年　　月　　日  　　　　　　　　　　医療機関の所在・名称  　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |

※　呼吸器機能障害で３級以上（単独等級）の手帳を保持されている方は不要です。