

日常生活用具給付にかかる意見書

(呼吸機能障害用)

対象者氏名		男・女	年 月 日生
住 所			
現 症 (呼吸機能障害について必ず記載する。)			
必要とする 日常生活用具			
以上のとおりです。 年 月 日 医療機関 医師氏名 印			

日常生活用具給付にかかる意見書（呼吸機能障害用）作成にあたって

日常生活用具の「ネブライザー」・「電子式たん吸引器」・「電気式たん吸引器・ネブライザー両用器」は、学齢児以上で呼吸機能障害３級以上の者が給付を受けられます。

ただし、呼吸機能障害の認定を受けていない身体障害者（呼吸機能障害では認定を受けていないが、他の障害で認定を受けている）が、呼吸機能障害３級以上と同程度の障害があり、「ネブライザー」・「電気式たん吸引器」・「電気式たん吸引器・ネブライザー両用器」が真に必要と認められる場合には給付が受けられます。

よって、意見書には、現在の症状として「呼吸機能障害３級以上と同程度の障害が認められ、用具の使用が必要と認められる」ことの記載内容が必要です。

意見書の指定書式はありません。任意の用紙でかまいません。

次の事項は記載して下さい。

1. 対象者の氏名
2. 対象者の生年月日
3. 対象者の住所
4. 呼吸障害についての現在の症状
5. 必要としている日常生活用具の名称