

日常生活用具給付（非常用電源）診断書

患者氏名 _____

患者住所 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

非常用電源の給付を申請する理由（該当する番号に○をつけること）

- 1 身体障害者手帳の交付を受け、かつ、在宅で常時人工呼吸器の装着が必要なもの
- 2 難病患者等で、かつ、在宅で常時人工呼吸器の装着又は電気式たん吸引器の頻回な使用が必要なもの

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名