様式第２号（第４条関係）

嘉手納町小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付意見書

<table>
<tr><td>氏名</td><td colspan="11"></td><td colspan="2">年　月　日生（　歳）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="13"></td></tr>
<tr><td>必要な用具名</td><td colspan="13"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">必要月数</td><td colspan="13">（紫外線カットクリーム、ストーマ装具、人工鼻、チューブ型包帯の場合のみ記入）
必要な月に〇をつけてください。</td></tr>
<tr><td>年度</td><td>4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td></tr>
<tr><td colspan="14">当該対象者については、下記により上記の用具が必要であると診断します。

①現に有する疾病について
疾病名（　　）
※障害者総合支援法の対象となる難病等に該当（　□する　□しない　）

②上記疾病の現状と必要な医療的ケアの内容、今回申請する用具の必要性について
詳しくご記入ください。

（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="14">在宅で療養が可能な程度に症状が安定していますか。　　□はい　□いいえ</td></tr>
<tr><td colspan="14">上記のとおり、日常生活用具の給付について意見します。

年　月　日

医療機関名
所在地
医師名　印</td></tr>
</table>

※医師名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとします。

※対象者が在宅で医療的ケアを必要とし、現に有している疾病を要因として用具が必要と認められる場合のみ制度の対象となります。疾病と用具が必要な理由との間に関連がない場合は制度の対象となりませんのでご注意ください。