

様式第 1 号の 2（第 4 条関係）

特 殊 マ ッ ト 支 給 意 見 書

氏名		年 月 日生（ 歳）	
障害名及び原因となった疾病・外傷名			
※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（ ☐ する ☐ しない）			
障害・疾患等の状況（下記用具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。）			
必要と認める用具	日常生活用具の種目、名称		
	処 方		
	使用効果見込み		
上記のとおり意見する			
年 月 日			
病院又は診療所名			
所 在 地			
診 療 担 当 科 名			
作成医師氏名			
印			

※この意見書は、大仙市日常生活用具給付事業において、特殊マット（褥瘡防止用）の給付対象になるかの判断に使用するものです。