

## 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
品 名	<input type="checkbox"/> たん吸引器 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 吸引・ネブライザー両用器	
現 症	<input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> その他の障害（                      ）	
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		

※ 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。