

日常生活用具給付意見書（暗所視支援眼鏡用）

氏 名	(年 月 日生)
夜盲又は視野狭窄 の原因となった病名 (難病等)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（視覚障害）所持者 <input type="checkbox"/> 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疾病（難病等）
障害の状況	<hr/> 夜盲（有・無） 視野狭窄（有・無） 中心視野異常（有・無）
用具を必要 とする理由	<hr/> 装用効果（ <input type="checkbox"/> 効果が認められる <input type="checkbox"/> 効果は認められない）
備 考	
<p>上記のとおり日常生活において用具が必要である。</p> <p align="right">年 月 日</p> <p align="center">医 療 機 関 所 在 地 及 び 名 称</p> <p align="center">医 師 氏 名</p>	

※医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関所在地及び名称等は、ゴム印を用いても構いません。ただし、医師本人の記載であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。