日常生活用具交付要否意見書（携帯用会話補助装置）

函館市

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 年齢 | 歳 | 市町村名 |  |
| 原傷病名および  機能障害名 | | ※障害原因と機能障害名を記入すること。 | | | | |
| 障 害 現 症 | | ※携帯用会話補助装置を必要とする理由    上記理由により，発声・発語に著しい障害を有すると  （認める・認めない） | | | | |
| その他 | |  | | | | |
| 上記のとおり診断します。  　　年　　月　　日  病院または診療所の名称  所　　　　在　　　　地  診　療　担　当　科　名　　　　　　　　　　　　　　科  医　　師　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |

※肢体不自由の障害を有する身体障害児・者であって，日常生活用具（携帯用会話補助装置）が必要である理由を記入してください。