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

<table>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>年齢</td><td>歳</td><td>市町村名</td><td></td></tr>
<tr><td>原傷病名および
機能障害名</td><td colspan="5">※障害原因と機能障害名を記入すること。</td></tr>
<tr><td>障害現症</td><td colspan="5">※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）</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">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</td></tr>
</table>

※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。