

# 日常生活用具給付意見書

(電気式たん吸引器・ネブライザー)

氏名		年齢	歳	市町村名	
原傷病名 及び 機能障害名					
(電気式たん吸引器・ネブライザー) の必要性					
記載年月日		令和	年	月	日
医療機関名					
医師名					印