

日常生活用具給付意見書

（ストマ装具の基準額以上の使用の必要性）

氏名		年齢	歳	市町村名	
原傷病名 及び 機能障害名					
対象となるストマ装具	（ 消化器系 ・ 尿路系 ）				
必要とする量	（ 2 倍 ・ 3 倍 ）				
※基準額以上の必要性を詳しくご記入願います。					
記載年月日 年 月 日					
医療機関名					
医師名 印					