

様式第 12 号

日常生活用具給付意見書

(ネブライザー・電気式たん吸引器)

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