

(様式第2号)

医 療 意 見 書

【宇都宮市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業用】

受給者番号									
氏 名								性 別	男 ・ 女
生年月日	平成 令和 年 月 日生								
疾 病 名									
担当医師の 意 見	必要とする用具の種目形式								
	用具を必要とする理由								
以上のとおり意見します。 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 医療機関所在地 担 当 医 師 氏 名 印									

