様式第２号の２（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 豊田市難病患者等日常生活用具給付診断書 | |
| 氏　名 | （　　　　年　　　月　　　日生） |
| 住　　　　　所 |  |
| 疾　　患　　名 |  |
| 日常生活  用具の名称 |  |
| 症　　　　　状  （日常生活用具を必要とする身体の状況等） | （※身体症状の変動状況や日内変動の状況等を踏まえて日常生活用具の必要性をご記入ください） |
| 在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。  （当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。） |  |
| 上記のとおり診断します。  年　　月　　日  医療機関名  所　在　地  医師氏名 | |