非常用電源　交付意見書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | | | |
| 氏名 |  | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 傷病名 |  | | 障害手帳 |  | | |
| 上記の者は、頭書の傷病により、呼吸器機能障害３級以上と同程度であり、在宅において生命・身体機能の維持に必要な電気式の医療機器の日常的な使用が必要であることを証明する。      　　　　　　　　年　　　　月　　　　日    　　　　　　医療機関名    　　　　　　所在地    　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　使用している医療機器　　人工呼吸器・酸素濃縮器・電気式たん吸引器・  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　呼吸器機能障害３級以上と同程度と認められる理由及び現状の症状          (注)　証明書は、当該申請者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること。 | | | | | | |