

日常生活用具（たん吸引器・ネブライザー）給付意見書

氏名		M・T・S 年 月 日生	男・女
希望品名	☐ たん吸引器 ☐ ネブライザー ☐ 吸引・ネブライザー兼用		
現症	☐ 呼吸器機能障害 ☐ 燕下障害		
参考となる経過・所見 			
備考 			
上記により、給付が必要と思われます。 年 月 日 医療機関の所在・名称 医師名 印			

※ 呼吸器機能障害で３級以上（単独等級）の手帳を保持されている方は不要です。