様式第２号（第６条関係）

人工呼吸器装着についての意見書

（福崎町人工呼吸器非常用電源装置購入費用助成事業用）

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 |  |
| 対象者生年月日 |  |
| 対象者住所 |  |
| 障害名又は疾病名 | 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第４条第１項又は  児童福祉法第６条の２第１項 に規定する疾病 に　　□該当　□非該当 |
| 人工呼吸器  装着の有無 | □有　　　　　　　　　□無 |
| 人工呼吸器  装着についての意見 | 人工呼吸器装着を必要とする理由・使用状況など  年　　月　　日  医療機関所在地  医療機関名称  担当診療科名  医師氏名 |