

様式第 2 号（第 5 条関係）

診 断 書

患者氏名	
患者住所	
患者生年月日	
疾病名	
日常生活用具の名称	
疾病の状況及び給付を必要とする理由	
在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか	
上記のとおり、給付が必要と診断します。 年 月 日 医療機関の住所 医療機関の名称 担当医師 ㊟ ※氏名を自署する場合には、押印を省略できます。	

※ネブライザー、電気式たん吸引器、発動発電機を申請する方で、呼吸機能障害で 3 級以上（単独等級）の手帳を保持されている場合は診断書不要