

第2号様式（第3条、第4条関係）

重度障害者等紙おむつ等助成医師意見書	
氏名	年 月 日 生
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
障害の状況（紙おむつ等を必要と認める理由が明確になるよう記載する。）	
必要と認め る紙おむつ等	種類、名称
	処方
	使用効果見込
上記のとおり意見する。 年 月 日	
病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 印	