医師の意見書

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年
月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日
生
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">（障害名又は疾病名）
（ICD-10コード　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">（障害の状況）
※精神障害者保健福祉手帳が交付される障害程度と同等程度であることが認められる必要があります。</td></tr>
<tr><td>希望する地域生活支援事業</td><td colspan="2">☐ 障害者等移動支援事業</td><td>☐ 日中一時支援事業</td></tr>
<tr><td colspan="4">（サービス利用が適当な理由）</td></tr>
<tr><td colspan="4">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　　㊞</td></tr>
</table>