別記様式第２号（第５条関係）

吉富町高齢者たん等吸引器購入等助成医師意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（対象者） | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |

　　　上記の対象者は下記のとおり、在宅生活において吸引器が必要であることを認めます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 |  |
| 吸引器を必要とする理由 |  |
| 　　　年　　　月　　　日医療機関　　所在地　　　　　　名称　　　　　　診療科　　　　　　医師名　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　） |

※本意見書の有効期限は作成（診断）日から３か月です。