

小児慢性特定疾患児医療用具に係る医療機関意見書

ふりがな 患者氏名 (対象児童)		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒			
受給者番号				
疾 患 名				
給付を要する 医療用具の名称				
給付が必要な 理由	医療用具が必要となった日 年 月 日			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">京都府知事 様</p> <p style="text-align: center;">医療機関 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">担当医師氏名 印</p>				