

日常生活用具交付意見書

年 月 日

柏市長 へ

医療機関名
所在地
診療担当科
作成医師名

氏名		年 月 日生(歳)
用具名称		
障害等の状況及び用具を必要とする理由		
その他特記事項		

(柏市障害福祉課)