

# 意見書

|   |     |   |      |     |
|---|-----|---|------|-----|
| 利用を必要とする者                                 | 氏名  |   | 生年月日 |     |
|   | 住所  | 〒 |      |     |
|   | 診断名 |   | 電話   | — — |
| 生活歴・病歴等                                   |     |   |      |     |
| 現在の状況                                     |     |   |      |     |
| 利用に当たったの留意事項                              |     |   |      |     |
| 上記の者は、児童福祉法及び障害者総合支援法のサービス対象者として適当と認められる。 |     |   |      |     |
| 令和 年 月 日                                  |     |   |      |     |
| 医療機関名                                     |     |   |      |     |
| 主治医名                                      |     |   |      |     |