様式第２号（第５条関係）

難病患者等住宅改修費給付診断書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患　者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | 性別 |  |
| 疾患名 |  |
| 症状（住宅改修を必要とする身体の状況等） |
|  |
| 在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。（当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。） |
|  |

以上のとおり診断します。

　　年　　月　　日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師　　氏名