

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態等）					
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

㊞