

第2号様式（第6条関係）

身体障害者（児）住宅改造補助金難病患者診断書

患者氏名		生年月日	年 月 日
患者住所			
疾患名			
症 状	住宅改造を必要とする身体状況について  在宅で治療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  医療機関の名称  医療機関所在地  担当医師氏名			