

令和 年 月 日

# 意見書

医療機関 所在地  
名称  
医師氏名

印

蕨市紙おむつ支給事業による紙おむつ申請にあたり、下記の内容は  
常時おむつが必要であると認めます。

## 記

住 所 蕨市 丁目 番 号

氏 名 ( 男・女 )

主な病名  
又は病状

お願い) 本意見書は蕨市医師会のご理解で無料にてご記載願っておりますので、  
貴病(医)院でも特段のご配慮を下さるようお願いいたします。