**医師意見書**

住　　所

氏　　名

生年月日

上記の者に関する意見は以下のとおりです。

※障害福祉サービス（地域移行支援）の利用に関して医学的なご意見等をご記載ください。

疾患名

　　　　年　　　　月　　　　　日

医療機関名

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※地域移行支援

障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害 者その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。