様式第２号

|  |
| --- |
| 障害者日常生活用具給付意見書 |
| 氏名 | （　　　　年　　　月　　　日生） |
| 病名 | 発生　　　年　　　月　　　日障害の原因：（先天性・後天性（外傷・産業・交通・疾病・その他）） |
| 障害の状況 |  |
| 日常生活用具の名称 |  |
| 用具を必要とする理由 |  |
| 紙おむつを新規申請する方（〇をつける） | 条件を満たしている　　・　　満たしていない**※裏面をご参照ください。** |
| 備考 |  |
| 上記のとおり日常生活において用具が必要である。年　　月　　日医療機関名医師　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

紙おむつの支給条件

次のアイウエに挙げるもので、①から③の点をすべて満たす者

|  |
| --- |
| ア　ストマの著しい変形若しくはストマ周辺の著しい皮膚のびらんのためストマ用装具を装着できない者で、紙おむつ等を必要とする者イ　二分脊椎等先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害による高度の排尿機能障害または高度の排便機能障害のある者で紙おむつ等を必要とする者ウ　先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害のある者で紙おむつ等を必要とする者エ　脳性麻痺等脳原性運動機能障害等により排尿もしくは排便の意思表示が困難な者で紙おむつ等を必要とする者①　身体障害の原因が、脳性麻痺、低酸素性脳障害、脳蓋内出血、髄膜炎、脳炎、頭部外傷、低血糖症、核黄疸、小児慢性疾患のいずれかであること②　①の疾病等の発生時期が６歳未満（就学前の幼児を含む）であったもの③　言語に限らずあらゆる方法によっても、排尿もしくは排便の意思表示ができない者 |