

障害者（児）日常生活用具給付意見書（紙おむつ等用）				
氏名	(年 月 日生)			
病名	発生日 年 月 日			
障がいの状況				
必要とする用具	(①②③のいずれかに○) ①紙おむつ、②脱脂綿・さらし・ガーゼ、③洗腸用具			
用具を必要とする理由	項 目		(いずれかに○)	
	○ストーマの著しい変形又はストーマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストーマ用装具を装着できない		該当	非該当
	○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及び排便機能障害がある		該当	非該当
	○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がある		該当	非該当
	○脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿又は排便の意思表示が困難である		該当	非該当
	①身体障害の原因となる疾病等		脳性麻痺・低酸素性脳障害・頭蓋内出血・髄膜炎・脳炎・頭部外傷・低血糖症・核黄疸	
	②上記の疾病等の発生時期		6歳未満(就学前の幼児を含む)	6歳以上
	③言語に限らない排尿又は排便の意思表示	ア、自力でトイレに行けない	該当	非該当
		イ、自力で便座(排便補助用具の使用を含む。)に座ることができない	該当	非該当
		ウ、介助による定時排泄ができない	該当	非該当
その他特記事項				
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				

注意

この意見書は、用具の種目である紙おむつ等（紙おむつ、脱脂綿・さらし・ガーゼ、洗腸用具）の給付の可否を決定するための資料の一つとなるものです。

この意見書で、給付できる内容の記載がされていても、障害者手帳の記載内容、補装具費の支給状況、他の日常生活用具の給付状況等などで矛盾する点がある場合、給付決定されないことがありますので、ご了承ください。

また、不明な点がありますと、給付の決定ができないことがありますので、正確にご記入ください。

【紙おむつ等の給付要件】

身体障害者手帳で排便又は排尿機能障害が確認でき、以下のいずれかに該当する者で、紙おむつ等を必要とする者又は児（長久手市での初めての申請の時及び 18 歳になって初めての申請の時に医師の意見書が必要）

○ストマの著しい変形又はストーマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストーマ用装具を装着できない者

○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及び排便機能障害のある者

○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

○脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿又は排便の意思表示が困難な者で、以下のすべてを満たす者

①身体障害の原因が次の疾病等によるもの

脳性麻痺、低酸素性脳障害、頭蓋内出血、髄膜炎、脳炎、頭部外傷、低血糖症、核黄疸

②上記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、排尿又は排便の意思表示ができないもの

ア. 自力でトイレに行けない

イ. 自力で便座（排便補助用具の使用を含む。）に座ることができない

ウ. 介助による定時排泄ができない