

地域生活支援事業（日常生活用具 紙おむつ）意見書

氏名・生年月日		年	月	日生	
		(歳)	
住所					
身体障害者手帳所持状況(いずれかに○)	体幹機能障害またはぼうこう直腸機能障害の身体障害者手帳	該当	非該当		
療育手帳所持状況(いずれかに○)	A判定の療育手帳	該当	非該当		
必要とする用具	紙おむつ				
当該事項1～4 該当・非該当欄 いずれかに○	項目				
	1 ストマの著しい変形又はストマ周辺の皮膚の著しいびらんのため、ストマ用装具を装着できない。	該当	非該当		
	2 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又は排便機能障害がある。	該当	非該当		
	3 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		
	4 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 <small>(該当の場合①～③も記入)</small>	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・脳蓋内出血・髄膜炎・脳炎・頭部外傷・低血糖症・核黄疸・その他()			
	②上記疾患等の発生時期(年 月 日)	5歳未満	5歳以上		
	③排泄状況と意思伝達	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	
エ、排尿・排便の意思表示ができない。		該当	非該当		
その他特記事項(洗腸用具が必要な場合理由を記入)					
紙おむつの使用状況	紙おむつの使用	常時使用している	使用していない		
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 医師名					

※紙おむつの給付には要件があります。裏面注意事項をよくお読みの上ご記入ください。

瀬戸市

裏面注意事項

この意見書は、日常生活用具の種目である紙おむつ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、補装具等の支給状況、他の日常生活用具の給付状況等で矛盾する点があると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】

対象の身体障害者手帳を取得し、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

- 1 ストマの著しい変形又はストマ周辺の皮膚の著しいびらんのため、ストマ用装具を装着できない方で、ぼうこう直腸機能障害の身体障害者手帳を取得された方
- 2 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又は排便機能障害があり、5歳未満でぼうこう直腸機能障害の身体障害者手帳を取得された方
- 3 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り、5歳未満でぼうこう直腸機能障害の身体障害者手帳を取得された方
- 4 脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排便もしくは排尿の意思表示が困難で、5歳未満で体幹機能障害の身体障害者手帳と療育手帳(A判定)を取得された方で、次の全てを満たす方
 - (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5歳未満であったもの
 - (3) 排泄の状況が下記を満たし、排尿もしく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。
 - エ. 排尿・排便の意思伝達ができない。