

様式第 2 号の 1 表面（第 4 条関係）

障害者日常生活用具給付意見書（一般用、おむつ等を除く）	
氏 名	(年 月 日生)
病 名	(発生 年 月 日)
障害の状況	
必要とする日常生活用具	
用具を必要とする理由	
備 考	
<p>上記のとおり日常生活において用具が必要である。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医 師 名</p>	

○裏面の注意書きをご覧の上、ご記入ください。

一宮市

様式第2号の1裏面（第4条関係）

注意

この意見書は、日常生活用具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。ただし種目名「おむつ等（紙おむつ、脱脂綿・さらし・ガーゼ）」には使用できませんのでご注意ください。

この意見書で、給付すべき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などを総合的に審査した結果、給付決定されないこともありますので、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。

【この意見書が使用できる日常生活用具の種目及び対象】

○頭部保護帽

知的障害の程度が重度もしくは最重度で、てんかんの発作等により頻繁に転倒する、又は自傷行為により頭部を強打することが、この意見書により確認できる者
精神保健福祉手帳1級の場合で、てんかんの発作等により頻繁に転倒することがこの意見書で確認できる者

○ネブライザー・電気式たん吸引器、吸引・吸入両用器

呼吸器機能障害3級以上と同程度で、この意見書により必要と認められる者（申請時に在宅、または病院・施設等を退院・退所予定であること）

○パルスオキシメーター

呼吸機能障害以外で医療保険における在宅酸素療法を行う者

○ストーマ装具（消化器系・尿路系）

直腸機能障害・膀胱機能障害で、ストーマを増設した者（ストーマを複数造設している場合に、ストーマの数が身体障害者手帳などで確認できない場合は、一宮市での初めての申請時に医師の意見書が必要）

○特殊マット

寝返りができない等の理由で、褥瘡防止の為に耐圧分散効果の高いマットが必要であり、基準額の加算を希望する場合

○その他一宮市福祉事務所長が必要と認めた場合