

様式第 2 号の 2 表面（第 4 条関係）

障害者日常生活用具給付意見書（おむつ等用）			
氏 名	( 年 月 日生)		
病 名	発生 年 月 日		
障 害 の 状 況			
必要とする用具	(①、②のいずれかに○) ①紙おむつ、②脱脂綿・さらし・ガーゼ		
用具を必要とする理由	項 目	(いずれかに○)	
	Ⅰ) ストマの著しい変形も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	該当	非該当
	Ⅱ) 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
	Ⅲ) 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
	Ⅳ) 脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿もしく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・その他	
	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もしくは排便の意思表示	ア、自力でトイレに行けない	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 名			

○裏面の注意書きをご覧の上、ご記入ください。

## 様式第 2 号の 2 裏面（第 4 条関係）

### 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）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など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】

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（一宮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）

(Ⅰ) ストマの著しい変形も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

(Ⅱ) 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のある者

(Ⅲ) 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

(Ⅳ) 脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿もしく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

### ○条件(Ⅳ)の対象者

1. 身体障害者手帳下肢又は体幹機能障害 1、2 級の方

2. 身体障害者手帳下肢又は体幹機能障害 3 級かつ療育手帳 A 判定の方