

参考様式

荻田町障がい者等日常生活用具給付意見書（紙おむつ等を除く）	
ふりがな 氏 名	（ 年 月 日生 歳）
住 所	
病 名	（発生 年 月 日）
障害の状況	
必要とする 日常生活用具	
使用についての 意見	
上記のとおり診断する 年 月 日 所 在 地 医療機関名 診療担当科名 医 師 名	

○裏面の注意書きをご覧の上、ご記入ください。

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「紙おむつ等」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】

○エアマット

下肢若しくは体幹機能障害 1 級の障がい者、下肢若しくは体幹機能障害 2 級以上の障がい児、知的障害の程度が重度若しくは最重度であるもの、又は難病患者等で寝たきりの状態にあるもので褥瘡予防が特に必要と認められる者

○透析液加温器

腎臓機能障害 3 級以上の障がい者等又は 3 歳以上の障がい児で、自己連続携行式腹膜灌流法 (CAPD) による透析療法を行う者

○ネブライザー・電気式たん吸引器、吸入・吸引両用器

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）

○医療機器用バッテリー（発電機を含む）

常時人工呼吸器、上記のネブライザー、電気式たん吸引器又は吸入・吸引両用器を使用している者、又は医療保険における常時在宅酸素療法を行う者

○パルスオキシメーター

在宅酸素療法を必要とするもの又は人工呼吸器を装着する者

○酸素ボンベ運搬車

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、初めての申請時に医師の意見書が必要）

○その他苅田町長が必要と認めた場合