様式第８号

# 紙おむつ給付にかかる状況調査書・意見書

**記入の注意点**

| | | |
|---|---|---|
| 氏　　名 | 男　・　女 | 年　　月　　日生 |
| 身体障がい者手帳<br>障がい名 | 級 | 級 |
| 原　疾　患　名 | （発症時期　　年　　月 | 載 |
| 生　活　の　場　所 | ・施設（　　） | |
| 口語での意思疎通 | ※家族以外の第三者に対<br>・　単語を並べる程度<br>・　数語の単語は言え<br>・　発語らしきものが<br>・　音声を発する程度<br>・　話しかけると声を<br>・　人に笑いかけるこ | |
| 排泄の予告 | ※家族以外の第三者に対<br>・　明確に表示可能<br>・　不明瞭ながら可能で<br>・　不明瞭ながら可能であ<br>・　意思表示不可能 | |
| その他の状況 | 座位の保持 | 可能　・　不可能 |
| | 時間誘導による排泄 | 可能　・　不可能 |
| 紙おむつの使用状況 | ・　紙おむつの使用あり | ・　紙おむつの使用なし |
| 交付についての意見 | | |

手帳の記載内容をご記入下さい。

**紙おむつの給付要件となる原疾患**

・先天性疾患に起因する神経障害
（先天性鎖肛を除く。）
・二分脊椎
・先天性鎖肛に対する肛門形成術
・3歳未満に発症した、脳原性運動機能障害
のいずれかに該当する方です。
給付要件に当たる原疾患名をご記入下さい。
（後天性疾患は対象外となります。）

※上記以外の原疾患の方で
上肢機能障害2級以上及び
下肢機能障害2級以上及び
療育手帳Aの
障害が手帳にされている方は給付対象となります。この場合も原疾患名をご記入下さい。

ご不明な点がございましたら、
障がい福祉課生活支援係（21-1772）まで
ご連絡ください。

給付要件となる障がい等と紙おむつの給付の関係性、必要性についてご記入下さい。

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関名

医師氏名

※身体障害者福祉法第１５条の指定医師又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５９条１項に定める指定自立支援医療機関（育成医療）の医師が記入すること。