紙おむつ支給に関する意見書

|  |
| --- |
| 氏名 |
| 住所 |
| 生年月日　　　　明治・大正  　　　　　　　　昭和・平成・令和　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 障害名（※１） |
| 疾患名（※２） |
| 給付を必要とする理由（※３）  ■該当するものに〇をお願いします。  （　　　）ストマの著しい変形等によりストマ装具の使用が困難な者  （　　　）３歳以上の者で高度の排便若しくは排尿機能障害を有する者又は脳原性運動機能障害を有し、かつ意思表示が困難な者  （　　　）その他（上記と同程度の障害の状況を以下に記載してください。） |
| 医療機関名  所在地  医師氏名  電話番号 |

※１身体障害者手帳に記載してあるとおり記入すること。

※２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４条第１項の政令で定める疾患名を記載すること。

※３天草市日常生活用具給付事業実施要綱別表に定める「紙おむつ等」の支給対象者（ストマの著しい変形等によりストマ装具の使用が困難な者、３歳以上の者で高度の排便若しくは排尿機能障害を有する者又は脳原性運動機能障害を有し、かつ意思表示が困難な者）と同程度の障害状況であることが分かるよう記入すること。