日常生活用具（紙おむつ）給付意見書

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>障がいの原因となった病名
（難病等）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">障がい者手　　帳</td><td colspan="3">身体障害者手帳　□有（等級：　　級）　　□無</td></tr>
<tr><td colspan="3">療育手帳　　□有（　A　・　B　）　　□無</td></tr>
<tr><td>用具を必要とする理由</td><td colspan="3">□ 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

□ 二分脊椎による排尿機能障害または排便機能障害のある者で、紙おむつ等の用具類を必要とする

□ 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

□ その他
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">備　考</td></tr>
</table>

上記により、給付が必要と思われます。

年　　月　　日

医療機関の所在・名称

医　師　名

※医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関所在地及び名称等は、ゴム印を用いても構いません。ただし、医師本人の記載であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。