様式第9号（別表第1関係）

日常生活用具給付意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　　　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷 |
| 障害の状況 |
| 必要と認める用具 | 日常生活用具の種目・名称　 |
| 処　方 |
| 使用効果見込 |
| 上記のとおり意見する　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　病院又診療所名　　　　　　　　　　所　　在　　地　　　　　　　　　　診療担当課名　　　　　　　　　　作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名または記名押印） |

※記入時には裏面の注意事項をよくお読みください。

【意見書記入時の注意事項】

１．**「障害名及び原因となった疾病・外傷」**には、今回申請される日常生活用具が必要

となった原因の疾病名を記入してください。

２．**「障害の状況」**には、障害者手帳に記載されている疾病名と申請される日常生活用

具との関連性を明確に記入してください。また、下記の（日常生活用具給付対象者）

に記載のある用具の場合は、対象者として該当かどうかも併せて記入してください。

３．**「日常生活用具の種目・名称」**には、日常生活用具給付事業実施規則の別表第1に記載されてある種目及び具体的な名称を記入してください。

４．**「処方」**には、具体的な機種名や使用の仕方、または頻度等を記入してください。

５．**「使用効果見込」**には、当該日常生活用具を使用した際に、申請者にどのような効

果が見られるか（期待できるか）を記入してください。

（日常生活用具給付対象者）

|  |  |
| --- | --- |
| 日常生活用具名 | 対象者 |
| ネブライザー(吸入器) | １．呼吸器機能障害３級以上の者（児童）（児童にあっては原則学齢時以上の者）２．手帳の総合等級が３級以上であって、手帳に記載されている原因疾病名及び医師の診断書から、呼吸器機能障害の発生が判断される者（児童）３．難病患者については、呼吸器機能障害があり、必要と認められる者 |
| 電気式たん吸引器 | １．呼吸器機能障害３級以上の者（児童）（児童にあっては原則学齢時以上の者）２．手帳の総合等級が３級以上であって、手帳に記載されている原因疾病名及び医師の診断書から、嚥下機能障害の発生が判断されるもの（児童）３．難病患者については、呼吸器機能に障害のある者 |
| 紙おむつ | １．脳原性運動機能障害かつ意思表示困難な排便機能障害又は排尿機能障害を有する者（児童）２．二分脊椎による排便機能障害又は排尿機能障害を有する者(児童)３．上肢機能障害２級以上及び下肢又は体幹機能障害２級以上、かつ療育手帳Ａを所持している排尿又は排便の意思表示が困難で定時排泄等の排泄コントロールが困難な者（児童） |

※ネブライザー及び電気式たん吸引器は学齢時未満であっても、医師意見書において必

要性が認められれば支給対象となります。