

様式第 4 （第 5 条関係）

日常生活用具給付意見書（一般用）

氏名	(生年月日 年 月 日)
病名	
障害状況	
必要とする日常生活用具	
用具を必要とする理由	
備考	
上記のとおり診断する。 年 月 日 所在地 医療機関 名 称 医師名	

※ 裏面の注意をご覧いただき、ご記入ください。

記入上の注意

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「おむつ等（紙おむつ、脱脂綿・サラシ・ガーゼ及び洗腸用具）」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、その他の日常生活用具の給付状況等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】

1 頭部保護帽

精神保健福祉手帳所持者の場合で、てんかんの発作等により頻繁に転倒することが医師の意見書で確認できるもの

2 ネブライザー、電気式たん吸引器

呼吸器機能障害３級以上又は同程度の者（ただし、下肢・体幹機能障害３級以上又は音声言語そしゃく機能障害に限る。）で、この意見書により必要と認められるもの（申請時に在宅又は病院・施設等を退院・退所予定であること。）

3 動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

呼吸器、心臓機能障害３級以上又は同程度の者で、在宅酸素療法又は人工呼吸器を常時使用しており、この意見書により必要と認められるもの

4 ストーマ装具（蓄便袋・蓄尿袋）

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等で確認できない場合は、北名古屋市で初めて申請する場合に医師の意見書が必要）

5 人工内耳用電池（空気亜鉛電池（ボタン電池）、充電池、充電器）

聴覚障害者で人工内耳を装用した者（身体障害者手帳で人工内耳の装用を確認できない場合は、北名古屋市で初めて申請する場合等に医師の意見書が必要。人工内耳を装用した耳（右耳、左耳）、時期を必ず記載すること。）