

# 紙おむつ等支給事業の利用に係る医師の意見書

## 「江戸川区要介護者及び心身障害者（児）紙おむつ等支給事業」

文書料および意見書作成目的の診療・検査に係る費用は患者様の負担となります。

申請者	フリガナ 氏名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	江戸川区

江戸川区では、紙おむつ等支給事業およびおむつ使用料助成事業を行っています。  
このサービスの利用にあたり、申請者の心身の状態について、意見書のご記入をお願い申し上げます。

以下、医療機関の方がご記入ください。

該当する項目の にレ印を記入してください。		
失禁がある。 自分で排泄や排泄の処理ができない、又は感覚の麻痺や障害によりおむつを必要とする。 認知症や障害のためトイレの場所や使い方がわからない。又はトイレが使えない。 上記には該当しない。		
特記事項がある場合はご記入ください。		
医療機関名・医師名 所在地・電話番号		年 月 日

### 【医療機関の方へ】

文書料金については医療保険適応外のため患者様の全額自己負担（自費）となります。  
各医療機関で文書作成費用をあらかじめご設定いただき、文書料金を患者様にご提示ください。  
記載いただいた意見書は患者様にお渡しく下さい。

問い合わせ先

（要介護認定者、高齢者）  
江戸川区役所 福祉部 介護保険課 相談係  
電話 03 - 5662 - 0061（直通）

（障害者手帳所持者）  
江戸川区役所 福祉部 障害者福祉課 自立援助係  
電話 03 - 5662 - 0062（直通）