診断書・意見書（難病患者日常生活用具申請用）の記入について

希望する給付対象用具の「対象者の要件」をすべて満たしている場合に「診断書・意見書（難病患者日常生活用具申請用）」を記入してください。
現在の病状と用具が必要な身体状況を詳細に記入してください。

※支給にあたっては意見書の提出後、訪問調査を行う場合がございます。

給付対象一覧

No.	種目	対象者の要件
1	特殊寝台	６歳以上で寝たきりの状態にある方
2	特殊マット（エアマット含む）	３歳以上で寝たきりの状態にある方
3	移動用リフト	３歳以上で下肢または体幹機能に障害がある方
4	体位変換器	６歳以上で寝たきりの状態にある方
5	特殊尿器	６歳以上で自力で排尿ができない方
6	歩行支援用具	３歳以上で下肢機能に障害がある方
7	入浴補助用具	３歳以上で入浴に介助が必要な方
8	便器	６歳以上で常時介護を要する方
9	温水洗浄便座	６歳以上で自ら排便の処理が困難な上肢機能に障害がある方
10	ネブライザー（吸入器）	６歳以上で呼吸器機能に障害がある方 特に必要と認められる場合は学齢児未満も可
11	電気式たん吸引器	
12	動脈血中酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）	
13	自動消火装置	火災発生感知および避難が著しく困難な世帯またはそれに準ずる世帯

診断書・意見書（難病患者日常生活用具申請用）

氏　名		男・女	生年月日	年　　月 日 （　　歳）
住　所	江戸川区			
疾病名	※障害者総合支援法で定める疾病名 No.　　疾病名：			

上記の者は、在宅で療養が可能な程度に症状が安定しています。
以下の理由により、日常生活の安定を図るためつぎの日常生活用具を必要とします。

（「診断書・意見書（難病患者日常生活用具申請用）の記入について」を参照）

〇日常生活用具の種目

〇申請用具が必要な理由
・「対象者の要件」に該当の有無　　有　・　無
　※身体状況及び給付が必要な理由を詳細にご記入ください。

年　　月　　日

病 院 名
診 療 科
電話番号

医師名

〇申請及び問い合わせ先
江戸川区役所　（〒１３２－８５０１　江戸川区中央１－４－１　　南棟庁舎　２階・１番窓口）
障害者福祉課　障害相談係　　TEL　５６６２－００５２