

日常生活用具給付意見書の記入について

希望する給付対象用具の「対象者」と「支給要件」をすべて満たしている場合に「日常生活用具給付意見書」を記入してください。また、意見書には希望の用具が必要な身体状況等を詳細に記入してください。

※障害者のみ世帯、準世帯とは

障害者のみの単身世帯や、同居している方が障害者のみの世帯や準ずる世帯のことです。

※透析液加温器、人工喉頭（人工鼻）、紙おむつ、収尿器、洗腸装具は身体障害者手帳の診断書で対象者と支給要件を確認できた場合、意見書の提出を省略できます。

給付対象用具一覧

No.	種目	対象者（手帳要件等）	支給要件（身体要件等）
1	エアマット	3歳以上で愛の手帳1度、2度の方	常時複雑な介護が必要な方 （寝たきり状態の有無、褥瘡の有無の記入）
		3歳～17歳で下肢又は体幹1、2級の方	
		18歳以上で下肢又は体幹1級の方	
2	ネブライザー （吸入器）	6歳以上で呼吸器3級以上又は同程度の方 ※6歳未満も特に必要な場合相談可能	同程度の方、6歳未満での給付希望の方は意見書が必要 （気管切開の有無、喉頭の摘出または欠損、喉頭の筋肉切除の有無の記入）
		<ul style="list-style-type: none"> ・内部障害（ぼうこう直腸機能障害を除く）1級、3級の方 ・呼吸器 4級の方 ・音声言語 3級の方 ・そしゃく 3級の方 	
3	電気式たん吸引器	<ul style="list-style-type: none"> ・両上下肢1級、2級（四肢麻痺）の方 ・体幹1級、2級の方 	対象者すべて意見書が必要 （定期的に酸素飽和度を管理する必要の有無）
4	動脈血中酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）		
5	透析液加温器	3歳以上で身体障害者手帳を所持している方で人工透析（腹膜透析）が必要な方	手帳の診断書で確認ができる場合は省略可能
6	エアコンディショナー	18歳以上で身体障害者手帳を所持している方	体温調節機能が全喪失している方
7	音声式血圧計	18歳以上で視覚障害1級、2級	常時血圧測定管理が必要な方 障害者のみ世帯、準世帯の方
8	携帯用会話補助装置	6歳以上で <ul style="list-style-type: none"> ・音声言語機能障害の方 ・肢体不自由で音声言語に障害がある方 	原則は6歳以上の給付だが、6歳未満で給付希望の方は意見書が必要
9	人工喉頭（人工鼻） ※保険適用外	身体障害者手帳を所持している方	手帳の診断書で確認ができる場合は省略可能 ヴォイスプロテーゼを留置している方に限る
		・喉頭摘出による音声言語機能の喪失	
10	紙おむつ	身体障害者手帳を所持している方	手帳の診断書で確認ができる場合は省略可能
		<ul style="list-style-type: none"> ・脳性麻痺等脳原性の障害の方 ・二分脊椎の方 	
11	収尿器	身体障害者手帳を所持している方	手帳の診断書で確認ができる場合は省略可能 男性用（普通型、簡易型） 女性用（普通型、簡易型）の種類の記入が必要
		脊髄損傷等による排尿機能障害がある方	
12	洗腸装具	ぼうこう又は直腸機能障害がある方	手帳の診断書で確認ができる場合は省略可能 洗腸装具の使用が必要な方
		<ul style="list-style-type: none"> ・人工肛門 ・二分脊椎等 	

日常生活用具給付意見書

氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	江戸川区			
身体障害者手帳の障害名				級・第 種
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。				
〔「意見書の記入について」を参照〕				
○日常生活用具の種目				
○申請用具が必要な理由				
・「対象者」と「支給要件」に該当の有無 有 ・ 無				
※障害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				

○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 身体障害者相談係 TEL 5662-0052