

日常生活用具(紙オムツ)給付意見書

身体障害児・者の 住所・氏名及び生年月日	住所				
	氏名		年	月	日生
病名					
障害の種別及びその状況 脳性麻痺等脳原性運動機能障害(3歳未満に発現した非進行性脳病変であることを証明してください)					
日常生活用具の 要否・名称	要 ・ 否	名称	紙オムツ		
備考					
上 記 の と お り 診 断 す る 。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 ⑩					

【意見書により給付が認められる者】

下肢又は体幹機能障害かつ重度又は最重度の知的障害であつて、脳性麻痺等脳原性運動機能障害(3歳未満に発現した非進行性脳病変によるもの。但し、乳幼児期以後に発生した疾病等に起因する頭部外傷、脳血管障害者は給付対象外)であることを医師の意見書により確認できる者