

日常生活用具交付補助調査票【紙おむつ等】

氏 名		年 月 日生(歳)
-----	--	------------

1 学校・施設等での状況

(1) 排泄・紙おむつ等用具使用の状況

(2) 紙おむつ等の使用と排泄動作・意思伝達能力獲得

①教育・訓練による排泄動作・意思伝達能力獲得の可能性

可能 ・ 困難 ・ 不明

②紙おむつを使用することは、排泄動作及び意思伝達能力の獲得を妨げないか

ならない ・ なる ・ 不明

③紙おむつの必要性

記 入 日	年 月 日	記 入 者	所 属 氏 名
-------	-------	-------	------------

2 家庭での状況

(1) 排泄・紙おむつ等用具使用の状況

(2) 1日あたりの紙おむつの使用枚数

記 入 日	年 月 日	陳 述 者	氏 名 続柄
-------	-------	-------	--

《作成前に必ずお読み下さい》

日常生活用具における紙おむつ等助成は、3歳以上の身体障害児(者)で以下の①～③の要件のいずれかに該当する場合に対象となります。

- ①ストーマの著しい変形又はストーマ周辺の著しい皮膚のびらんのためストーマを装着することができないかた
- ②二分脊椎等の先天性疾患に起因する神経障害による高度の排尿又は高度の排便機能障害があり紙おむつが必要なかた
- ③脳性麻痺等脳原性運動機能障害(4歳未満の発症)で(ア)～(エ)を全て満たすかた
 - (ア) 排尿又は排便の意思表示が困難
 - (イ) 装具、車椅子等を使用しても自力で移動し便座に座ることが困難
 - (ウ) 定時排泄が困難で恒常的に紙おむつが必要
 - (エ) 身体障害者手帳1級かつ療育手帳重度又は最重度

上記に該当しない場合は、助成の対象外となりますのでご注意ください。