

第2号様式（第3条関係）

亀岡市在宅知的障害者紙おむつ等給付医師意見書

氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所			

障害の状況 ※右のすべてに チェックが必 要です。	<input type="checkbox"/> 療育手帳の障害の程度がA判定である。
	<input type="checkbox"/> 排泄・排尿の意思表示を介助者に伝えることができない。
	<input type="checkbox"/> 定時排泄等のコントロールが困難である。
	<input type="checkbox"/> 日中・夜間ともに常時おむつが必要である。

※尿もれ防止等のために紙おむつを使用している場合は対象外です。

亀岡市在宅知的障害者紙おむつ等給付事業実施要綱に基づく紙おむつ等の給付に係る申請に当たり、上記の者は、常時紙おむつ等が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

電 話

医師氏名

⑨

※署名の場合、押印は不要です。