

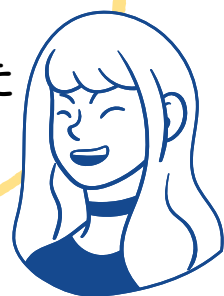
日常生活用具の支給対象者が 変更となります

紙おむつ等の追加対象者

排便又は排尿の意思表示が困難な状態で
以下のすべてを満たす3歳以上の者

- (1)身体障害に係る原因となった疾病又は
外傷の発生時期が18歳以下であった者
- (2)言語に限らずあらゆる方法によっても、
排便又は排尿の意思表示ができない者
 - ア.自力でトイレに行けないこと
 - イ.自力で便座(排尿補助具の使用)に
座ることができないこと
 - ウ.介助による定時排泄ができないこと

「特定の疾病が要因の
体幹機能障害である」
という制限が
無くなりました



※初めて給付の申請をする時には、
医師による意見書が必要となります。

ストーマ用装具の付属品が 追加されます(13品目→20品目)

- | | | |
|--------------------|-----------------------|--------------------------|
| ● 皮膚保護ペースト・皮膚保護パテ | ● ストーマ袋カバー | ※下線が引かれている
付属品が追加分です。 |
| ● 皮膚保護パウダー | ● サージカルテープ | |
| ● 皮膚保護ウエハー | ● 皮膚保護剤穴あけ専用はさみ | |
| ● コンベックス・インサート | ● 消臭剤 | |
| ● 固定用ベルト | ● <u>皮膚清浄剤</u> | |
| ● 剥離材(リムーバー) | ● <u>ガーゼ・脱脂綿</u> | |
| ● 皮膚被膜剤(スキンバリア) | ● <u>潤滑剤</u> | |
| ● レッグバッグ(下肢装着用蓄尿袋) | ● <u>凝固剤</u> | |
| ※レッグバックベルトも含む | ● <u>ストーマ用腹帯・サラシ・</u> | |
| ● ナイト・ドレーナージバッグ | ● <u>オストミーパンツ</u> | |
| (夜間用蓄尿袋) | ● <u>入浴用補助具</u> | |
| | ● <u>洗腸用具</u> | |

(問合せ先)

豊川市役所福祉部障害福祉課 〒442-8601 豊川市諏訪1丁目1番地
電話：0533-89-2131 FAX：0533-89-2137
メール：shogaifukushi@city.toyokawa.lg.jp

HPIはこちら

