

## 大阪市重度障がい者日常生活用具給付要綱

### (目的)

第1条 この事業は、在宅の重度障がい者（児童を含む。以下「障がい者」という。）に対し、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）第77条第1項第6号の規定に基づき主務大臣が定める日常生活上の便宜を図るための用具（以下「用具」という。）を給付することにより、日常生活の便宜を図り、その福祉の増進に資することを目的とする。

### (用具の種目等)

第2条 対象となる用具の種類、性能形式（内容）、限度額及び耐用年数等は、別紙1のとおりとする。ただし、介護保険法（平成9年法律第123号）の規定による保険給付対象となる場合は、給付しないものとする。

- 2 別紙1の用具のうち、ストマ用装具、紙おむつ、サラシ・ガーゼ・脱脂綿、収尿器、人工喉頭（埋込型人工鼻）、人工内耳専用電池（空気電池）を継続品目とする。
- 3 納付を受けようとする者又はこれを扶養する者が、用具の給付を受ける月に負担すべき自己負担額は、世帯の所得により決めるものとし、別紙2のとおりとする。

### (受給資格)

第3条 納付を受けることができる者は、本市の区域内に住所を有する別紙1の障がい及び程度、対象年齢に掲げる障がい者とする。ただし、次の各号の要件を満たす者に限る。

- (1) 次のいずれかに該当する者であること。
  - ア. 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により身体障がい者手帳の交付を受けている者
    - イ. 大阪市こども相談センター及び大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンターにおいて知的障がいの程度を判定されている者
    - ウ. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条第2項の精神障がい者保健福祉手帳の交付を受けている者又は同程度の者
  - エ. 治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障がいの程度が同項の主務大臣が定める程度である者（以下「難病患者等」という。）
- (2) 在宅の障がい児者であること（頭部保護帽、人工喉頭（埋込型人工鼻）、ストマ用装具、紙おむつ、サラシ・ガーゼ・脱脂綿、収尿器、人工内耳専用電池の給付については、この限りではない。）

2 既に給付を受けている用具（「大阪市難病患者等日常生活用具給付事業」において受給した用具を含む。）と同一の用具の再給付に係る申請については、前回の給付日より別紙1に規定する耐用年数を経過していない場合は、給付対象外とする。

ただし、当該期間を経過する前に、障がいの状況の変化若しくは障がい児の身体の成長又は修理不能により用具の使用が困難となった場合や転居による住環境の変化で用具を安全に使用

することができなくなった場合、災害等本人の責任によらない事情により亡失・毀損した場合は、この限りではない。

また、当該期間を経過した後においても、修理不能の場合若しくは再交付の方が部品の交換よりも真に合理的・効果的であると認められる場合又は操作機能の改善等を伴う新たな機器の方が障がい者の用具の使用効果が向上する場合に限り、再交付することが可能であるものとする。

#### (給付の申請)

第4条 納付を受けようとする者又はこれを扶養する者は、用具の納付を受ける前に、「重度障がい者日常生活用具給付申請書（様式第1号）」に次に掲げる書類を添付して、保健福祉センター所長に申請しなければならない。

##### (1) 見積書

(2) 賃貸住宅で火災警報器を設置する場合は、住宅所有者が火災警報器の設置に同意する旨の書類

(3) 対象者の属する世帯全員の所得税額等を確認できる書類又は同意書（様式第2号）

なお、確認すべき税額は決定月が1月から6月の場合は前々年、7月から12月の場合は前年の所得にかかるものとする。

##### (4) 難病患者等の場合は、診断書（様式第3号）

ただし、現に障がい福祉サービス等の提供を受けており、保健福祉センターにおいて基準を満たすことの確認が可能な場合にはその提出を要しない。

(5) 次のアまたはイに該当する場合にあっては、排尿もしくは排便の意思表示が困難であることを確認できる医師意見書（様式第4号）

ア. ぼうこう・直腸機能障がい以外の障がいにより、初めて紙おむつの納付を受けようとする場合。

イ. ぼうこう・直腸機能障がい以外の障がいにより、18歳に到達し、かつ継続して紙おむつの納付を受けようとする場合。

(6) 初めて人工内耳専用電池の納付を受けようとする場合は、人工内耳装用者カードの写し

#### (給付の決定)

第5条 保健福祉センター所長は、前条の申請があったときは、必要事項を調査のうえ、概ね30日以内に納付の可否を決定するものとする。

2 保健福祉センター所長は、前項のうち納付を決定するときは、「日常生活用具給付決定通知書（様式第5号）」及び「重度障がい者日常生活用具給付券（様式第6号）」により申請者に通知する。

3 保健福祉センター所長は、第1項の調査の結果、納付をすることが不適切であると認めたときは、理由を記載した「日常生活用具不支給決定通知書（様式第7号）」により申請者に通知する。

4 継続品目の納付は月単位とし、申請を受理した日の属する月の翌月から、年度末までを適用期間とする。ただし、申請日が月の初日の場合は当該月から適用する。

(給付金額)

第6条 別紙1に定める限度額と実際に購入する用具の価格のいずれか低い額から、第2条第3項に定める自己負担額を控除した額を給付金額とする。

2 継続品目を一括給付する場合においては、当該用具の2ヵ月分の限度額と実際に購入する用具2ヵ月分の価格のいずれか低い額から、第2条第3項に定める1ヵ月分の自己負担額を控除した額を給付金額とする。

(申請の取下げ)

第7条 紹介の決定を受けた者は、第5条第2項の通知を受領した場合において、やむを得ない理由により用具の購入を中止する場合は用具の納入までに、「重度障がい者日常生活用具給付申請取下届（様式第8号）」により申請の取下げをすることができる。

(内容の変更)

第8条 紹介の決定を受けた者が、用具の購入前に給付決定内容を変更する必要が生じたときは、軽微な変更を除き、「重度障がい者日常生活用具給付変更承認申請書（様式第9号）」により保健福祉センター所長の承認を受けるものとする。

2 前項における軽微な変更とは、購入予定金額が当初予定金額を下回って変更となる場合とする。

3 保健福祉センター所長は、前項の申請があったときは、その内容の審査及び必要に応じた現地調査等を行い、「重度障がい者日常生活用具給付変更承認通知書（様式第10号）」により承認もしくは「重度障がい者日常生活用具給付変更不承認通知書（様式第11号）」により不承認を申請者あて通知するものとする。

(異動の届出)

第9条 継続品目のいずれかの継続給付中に、転居や死亡等の異動が生じたときは「重度障がい者日常生活用具給付者異動届（様式第12号）」により速やかに届け出なければならない。

(用具の納入)

第10条 第5条第2項による給付決定を受けた者は、速やかに当該用具の購入にかかる契約を締結し、契約業者へ納入期限までに納入するよう指示するものとする。

(給付金の請求及び支払)

第11条 用具の納入を受けた者は、当該用具の受領後、給付金の請求及び受領を納入業者に委任するとともに、「重度障がい者日常生活用具給付券（様式第6号）」を納入業者に引き渡すものとする。

2 前項の規定により、給付金の請求及び受領の委任を受けた納入業者は、請求書に「重度障がい者日常生活用具給付券（様式第6号）」及び納品書の写しを添付して保健福祉センター所長に請求しなければならない。

3 保健福祉センター所長は、前項の請求のあったときは必要に応じて現地調査により用具納入の事実を確認し、適正と認めたときは30日以内に給付金を支払うものとする。

(禁止事項及び費用の返還)

第 12 条 保健福祉センター所長は、受給者が、次の各号の 1 に該当するときは、その理由を付した「日常生活用具給付取消し通知書（様式第 13 号）」により給付決定を取消し、当該給付に要した費用の全部又は一部について、期限を定めて、その返還を求めるものとする。

- (1) 虚偽の申請その他の不正行為により給付の決定をうけたとき
- (2) 納付を受けた用具を目的に反して使用して、譲渡し、交換し、貸し付け又は担保等に供したとき
- (3) その他保健福祉センター所長が不適当と認める事由が生じたとき

(調査又は報告)

第 13 条 保健福祉センター所長及び福祉局長は、本事業の執行の適正を期するため若しくはこの要綱の実施について必要があると認めるときは、給付決定者又は給付を行った事業者に対して、報告及び関係書類の提出又は提示を求め、必要な調査を行う。

(その他)

第 14 条 この要綱で定めるもののほか、事業に関し必要な事項は福祉局所管課長と保健福祉センター福祉業務主管担当課長が協議して定めるものとする。

## 附 則

この要綱は平成19年11月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成20年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成20年7月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成21年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成22年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成24年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成25年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成25年7月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成26年4月1日から施行する。

## 附 則

1 この要綱は平成26年8月26日から施行する。

2 この要綱の施行の日前に行われた第11条の規定による受領報告に係るこの要綱による改正  
前の大阪市重度障がい者日常生活用具給付要綱第12条による給付金額の確定通知について  
は、なお従前の例による。

## 附 則

この要綱は平成27年1月1日から施行する。

## 附 則

1 この要綱は平成27年3月2日から施行する。

2 この要綱の施行の日前に行われた第5条の規定による給付の決定に係るこの要綱による改正  
前の大阪市重度障がい者日常生活用具給付要綱第11条による受領報告については、なお従前  
の例による。

## 附 則

この要綱は平成27年7月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成28年1月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成28年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成29年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成29年8月4日から施行する。

## 附 則

1 この要綱は平成30年3月5日から施行する。

2 この要綱の施行の際、現にある改正前の様式は、当面の間、これを使用することができる。

## 附 則

1 この要綱は平成30年4月1日から施行する。

2 この要綱による改正後の大都市重度障がい者日常生活用具給付要綱の規定は、この要綱の施行の日以後の申請について適用し、同日前の助成の申請については、なお従前の例による。

## 附 則

この要綱は平成30年9月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は平成31年3月1日から施行する。

## 附 則

1 この要綱は平成31年4月1日から施行する。

2 この要綱による改正後の大都市重度障がい者日常生活用具給付要綱の規定は、この要綱の施行の日以後の申請について適用し、同日前の助成の申請については、なお従前の例による。

## 附 則

1 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

2 この要綱による改正後の大都市重度障がい者日常生活用具給付要綱の規定は、この要綱の施行の日以後の申請について適用し、同日前の助成の申請については、なお従前の例による。

## 附 則

- 1 この要綱は、令和2年12月28日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現にある改正前の様式により通知したものについては、これを使用することができる。

## 附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 改正後の大阪市重度障がい者日常生活用具給付要綱第2条第3項の規定は、施行の日から令和3年6月30日までの間、「所得」とあるのは「所得（未婚のひとり親について、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則に基づき、地方税法上及び所得税法上の寡婦等であると見なされた場合は、寡婦控除等の控除を適用した後の所得）」と読み替えるものとする。
- 3 様式第1号別紙は、令和3年7月1日に廃止する。

## 附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、令和6年12月2日から施行する。

## 附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、令和7年6月1日から施行する。

令和7年4月1日

## 重度障がい者日常生活用具給付基準

別 紙 1

別 紙 2

別 紙 3

大阪市福祉局障がい者施策部

## 重度障がい者日常生活用具給付基準表

別紙1

## &lt;1 介護・訓練支援用具&gt;

■「介護」欄:◎ 介護保険制度との重複品目

項目番号	種目	障がい及び程度	対象年齢 (原則)	限度額 (円)	耐用 年数等	性能形式等 (内容)	介護				
1	特殊寝台	下肢または体幹機能障がい2級以上 難病患者等でその疾病が起因となり、下肢または体幹機能に障がいのある者	学齢児以上	154,000	8年	原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度が個別に調整できる機能を有するもの。	◎				
2	特殊マット (注10)	下肢または体幹機能障がい1級	3才以上	19,600	5年	床ずれの防止又は失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの。	◎				
		下肢または体幹機能障がい2級	3才以上 18才未満								
		知的障がいの程度が重度以上	3才以上								
		難病患者等でその疾病が起因となり、寝たきりの状態にある者									
3	特殊尿器	下肢または体幹機能障がい1級 (常時介護を要する者に限る) 難病患者等でその疾病が起因となり、自力で排尿できない者	学齢児以上	67,000	5年	尿が自動的に吸引されるもので、障がい者又は介護者が容易に使用し得るもの。	◎				
4	入浴担架	下肢または体幹機能障がい2級以上 (入浴に、家族等他人の介助を要する者に限る)	3才以上	82,400	5年	障がい者を担架に乗せたままリフト装置により入浴させるもの。					
5	体位変換器	下肢または体幹機能障がい2級以上 (下着交換等に、家族等他人の介助を要する者に限る) 難病患者等でその疾病が起因となり、寝たきりの状態にある者	学齢児以上	15,000	5年	介助者が障がい者の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの。	◎				
6	移動用リフト	下肢または体幹機能障がい2級以上 難病患者等でその疾病が起因となり、下肢または体幹機能に障がいのある者	3才以上	159,000	4年	介護者が重度身体障がい者を移動させるにあたって、容易に使用し得るもの。 ただし、天井走行型その他住宅改修を伴うものを除く。	◎				
7	訓練椅子	下肢または体幹機能障がい2級以上	3才以上 18歳未満	33,100	5年	原則として附属のテーブルをつけるものとする。					
8	褥瘡予防マット (注10)	次の①・②のいずれかに該当し、医師の意見書等により、床ずれ防止・褥瘡予防が必要なことが認められる者 ①下肢または体幹機能障がい1級で、日常生活動作において全面的に介護を要する状態の者 ②難病患者等でその疾病が起因となって下肢または体幹機能に障がいがあり、日常生活動作において全面的に介護を要する状態の者	学齢児以上	106,700	5年	床ずれ防止・褥瘡予防のためのものであって、次の①・②のいずれかに該当するもの ①エアーマットと送風装置からなるもの ②特殊な素材と形状により体圧分散効果を有するもの	◎				

## &lt;2 自立生活支援用具&gt;

■「介護」欄:◎ 介護保険制度との重複品目

項目番号	種目	障がい及び程度	対象年齢 (原則)	限度額 (円)	耐用 年数等	性能形式等 (内容)	介護
1	入浴補助用具 (注3)	下肢または体幹機能障がい者であって、入浴に介助を要する者 難病患者等でその疾病が起因となり、入浴に介助を要する者	3才以上	90,000	5年	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、障がい者又は介助者が容易に使用し得るもの。 ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。	◎
2	便器	下肢または体幹機能障がい2級以上 難病患者等でその疾病が起因となり、常時介護を要する者	学齢児以上	4,450 (手すり付は5,400円の範囲で加算することができる)	8年	腰掛便器等障がい者が使用し得るもの。 ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。	◎
3	つえ	下肢または体幹機能障がい4級以上	学齢児以上	4,400	2年	主体は木材、軽金属のいずれかとする。 夜光材付とした場合を含む。 ※一本杖のみ対象	
4	移動・移乗支援用具 (歩行支援用具) (注3)	平衡機能または下肢もしくは体幹機能障がい者または視覚障がい2級以上※ (家庭内の移動等に、介助を要する者) 難病患者等でその疾病が起因となり、下肢が不自由な者	3才以上	60,000	8年	おおむね次のような性能を有する手すり、スロープ等であること ア. 障がい者の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの イ. 転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具とする。 ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。 ※視覚障がいは段差解消及び手すりに限る	◎
5	頭部保護帽	平衡機能または下肢もしくは体幹機能障がい者で、当該障がいにより頻繁に転倒する者 知的障がいの程度が重度以上で、自傷行為により頭部の保護を必要とする者 知的障がい者又は精神障がい者で、てんかんの発作等により頻繁に転倒する者	—	12,600	3年	転倒の衝撃から頭部を保護できるもの。	
6	特殊便器	上肢機能障がい2級以上 (両上肢に障がいを有する者) 知的障がいの程度が重度以上で、訓練を行っても自ら排便後の処理が困難な者 難病患者等でその疾病が起因となり、両上肢機能障がいのある者	学齢児以上	151,200	8年	温水温風を出し得るもので、障がい者又は介助者が容易に使用し得るもの。ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。	

## &lt;2 自立生活支援用具&gt;

■「介護」欄:○ 介護保険制度との重複品目

項目番号	種目	障がい及び程度	対象年齢 (原則)	限度額 (円)	耐用 年数等	性能形式等 (内容)	介護
7	火災警報器 (一般)	身体障がい2級以上 (火災発生の感知及び避難が著しく困難な障がい者のみの世帯、又はこれに準ずる世帯)  知的障がいの程度が重度以上 (火災発生の感知及び避難が著しく困難な障がい者のみの世帯、又はこれに準ずる世帯)	—	15,500	8年	室内の火災を煙又は熱により感知し、音又は光を発し、屋外にも警報ブザーで知らせ得るもの。 (ただし、集合住宅で非常ベル・非常放送設備のある住宅は除く)  ※限度額の範囲内で、1世帯2個を限度とする。	
8	火災警報器 (連動型)	身体障がい2級以上 (障がい者のみの世帯、又はこれに準ずる世帯)  聴覚又は音声・言語機能障がい3級以上 (障がい者のみの世帯、又はこれに準ずる世帯)	—	—	—	室内の火災を煙又は熱により感知し、音又は光を発し、屋外にも警報ブザーで知らせるとともに、消防署とも連動するもの。 (ただし、集合住宅で非常ベル・非常放送設備のある住宅は除く)	
9	自動消火器	身体障がい2級以上 (火災発生の感知及び避難が著しく困難な障がい者のみの世帯、又はこれに準ずる世帯)  知的障がいの程度が重度以上 (火災発生の感知及び避難が著しく困難な障がい者のみの世帯、又はこれに準ずる世帯)  難病患者等でその疾病が起因となり、火災発生の感知及び避難が著しく困難な者のみの世帯、又はこれに準ずる世帯)	—	28,700	8年	室内温度の異常上昇又は炎の接触で自動的に消火液を噴射し、初期火災を消火し得るもの。	
10	電磁調理器	視覚障がい2級以上 (単身世帯、又はこれに準ずる世帯)  知的障がいの程度が重度以上 (単身世帯、又はこれに準ずる世帯)	—	17,500	6年	視覚障がい者又は知的障がい者が容易に使用し得るもの。	
11	歩行時間延長 信号機用小型 送信機	視覚障がい2級以上	学齢児以上	12,000	10年	視覚障がい者が容易に使用し得るもの。	
12	聴覚障がい者用 屋内信号装置 (注3)	聴覚障がい2級以上 (聴覚障がい者のみの世帯又はこれに準ずる世帯)	—	87,400	10年	音・声音等を視覚、触覚等により知覚できるもの。 (サウンドマスター、聴覚障がい者用目覚時計、聴覚障がい者用屋内信号灯を含む。)	
13	車椅子用 レインコート	身体障がいが起因となり、車椅子の使用を必要とする者  難病患者等でその疾病が起因となり、車椅子の使用を必要とする者	—	10,500	1年	雨天時に外出する時、車椅子で容易に着用できるもの。	
14	視覚障がい者用 音声式スケール	視覚障がい2級以上	学齢児以上	24,000	5年	音声による読み上げ機能を有するもので、視覚障がい者が容易に使用し得るもの。	
15	イヤーマフ・ デジタル耳栓	知的障がい又は精神障がいで聴覚過敏の者	—	6,800	3年	両耳に装着することで、聴覚過敏に対応できるもの。	

## &lt;3 在宅療養等支援用具&gt;

■「介護」欄:◎ 介護保険制度との重複品目

項目番号	種目	障がい及び程度	対象年齢(原則)	限度額(円)	耐用年数等	性能形式等(内容)	介護
1	ネブライザー(吸入器)	呼吸器機能障がい3級以上で、必要と認められる者 呼吸器機能障がい3級と同程度の身体障がい者であり、必要と認められる者 難病患者等でその疾病が起因となり、呼吸器機能に障がいのある者	学齢児以上	36,000	5年	障がい者が容易に使用し得るもの。	
2	電気式たん吸引器	呼吸器機能障がい3級以上で、必要と認められる者 呼吸器機能障がい3級と同程度の身体障がい者であり、必要と認められる者 難病患者等でその疾病が起因となり、呼吸器機能に障がいのある者	学齢児以上	56,400	5年	障がい者が容易に使用し得るもの。	
3	透析液加温器	じん臓機能障がい3級以上	3才以上	51,500	5年	透析液を加温し、一定温度に保つもの。	
4	視覚障がい者用体温計(音声式)	視覚障がい2級以上	学齢児以上	9,000	5年	視覚障がい者が容易に使用し得るもの。	
5	視覚障がい者用体重計	視覚障がい2級以上 (視覚障がい者のみの世帯、又はこれに準ずる世帯)	一	18,000	5年	視覚障がい者が容易に使用し得るもの。	
6	視覚障がい者用血圧計(音声式)	視覚障がい2級以上 (視覚障がい者のみの世帯、又はこれに準ずる世帯)	18歳以上	15,000	5年	視覚障がい者が容易に使用し得るもの。	
7	パルスオキシメーター	心臓機能障がい3級以上 (医療保険における在宅酸素療法を行う者又は人工呼吸器装着者。) 呼吸器機能障がい3級以上 (医療保険における在宅酸素療法を行う者又は人工呼吸器装着者。) 難病患者等でその疾病が起因となり、人工呼吸器を装着している者	一	42,000 (ただし、「難病患者等」でその状況により、簡易型では対応できない特段の理由が認められる場合は、157,500円とする。)	6年	在宅の酸素療法等を要する重度の呼吸機能障がい者等が、簡易に動脈の酸素飽和濃度を測定し、心肺機能が常時正常であるかどうかを確認できるもの。	

## &lt;4 情報・意思疎通支援用具&gt;

■「介護」欄:○ 介護保険制度との重複品目

項目番号	種目	障がい及び程度	対象年齢(原則)	限度額(円)	耐用年数等	性能形式(内容)	介護
1	携帯用会話補助装置	音声機能もしくは言語機能障がい者	一	98,800	5年	携帯式で、ことばを音声又は文章に変換する機能を有し、障がい者が容易に使用し得るもの。	
		肢体不自由者で、発声・発語に著しい障がいを有する者					
2	情報・通信支援用具	視覚障がい2級以上または上肢機能障がい2級以上	学齢児以上	100,000	5年	パソコン用コンピューターを使用するにあたり必要となる周辺機器やアプリケーションソフトで障がい者が容易に使用し得るもの。	
3	視覚障がい者用地上デジタル放送対応ラジオ	視覚障がい2級以上	学齢児以上	29,000	5年	地上デジタルテレビ放送を受信する機能を有するもので、視覚障がい者(児)が容易に使用し得るもの	
4	点字器 (注4)	視覚障がい2級以上	一	(標準型) 10,800	7年	点字を打つための用具で、点字板と定規と点筆を組み合わせて使用するもの。 標準サイズ(258mm×191mm)の点字用紙一枚分を書くことができるサイズのもの。	
				(携帯用) 7,500	5年	点字を打つための用具で、点字板と定規が一体となったものと点筆を組み合わせて使用するもの。 携帯して使用することが可能なもの。	
5	点字ディスプレイ	視覚障がい2級以上で、必要と認められる者	18才以上	430,000	6年	文字等のコンピューターの画面情報を点字等により示すことのできるもの。	
6	点字タイプライター	視覚障がい2級以上	就労もしくは就学している者 就労が見込まれる者	82,000	5年	視覚障がい者が容易に使用し得るもの。	
						音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、DAISY方式による録音並びに当該方式により記録された図書の再生が可能な製品であって視覚障がい者が容易に使用し得るもの。	
7	視覚障がい者用ポータブルレコーダー <sup>(注4)</sup>	視覚障がい2級以上	学齢児以上	(録音再生機) 89,800	6年	音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、DAISY方式により記録された図書の再生が可能な製品であって視覚障がい者が容易に使用し得るもの。	
				(再生専用機) 36,750		音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、DAISY方式により記録された図書の再生が可能な製品であって視覚障がい者が容易に使用し得るもの。	
8	視覚障がい者用活字文書読み上げ装置	視覚障がい2級以上	学齢児以上	115,000	6年	文字情報と同一紙面上に記載された当該文字情報を暗号化した情報(SPコード)を読み取り、音声信号に変換して出力する機能を有するもので、視覚障がい者が容易に使用し得るもの。	

## &lt;4 情報・意思疎通支援用具&gt;

■「介護」欄:○ 介護保険制度との重複品目

項番	種目	障がい及び程度	対象年齢 (原則)	限度額 (円)	耐用 年数等	性能形式 (内容)	介護
9	視覚障がい者用 拡大読書器	視覚障がい	学齢児以上	268,000	8年	画像入力装置に読みたい又は聞きたいもの(印刷物等)を読み込ませることで、簡単に拡大された画像(文字等)をモニターに映し出せるもの又は活字文章を認識し、音声読み上げするもの。	
10	視覚障がい者用時計 (注4)	視覚障がい2級以上 (本人が現に所有していない場合に限る。)	18才以上	(触読式) 14,000	10年	視覚障がい者が容易に使用し得るもの。(振動による機能を含む。)	
		視覚障がい2級以上 (手指の触覚に障がいがある等のため、触読式時計の使用が困難な者)		(音声式) 16,500		音声発生装置付きで、視覚障がい者が容易に使用し得るもの。	
11	聴覚障がい者用 通信装置 (注4)	聴覚障がい者で、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要と認められる者	学齢児以上	(ファックス) 30,000	5年	一般の電話に接続することができ、音声の代わりに文字等により通信が可能な機器であり、障がい者が容易に使用できるもの。	
		発声・発語に著しい障がいを有する身体障がい者で、コミュニケーション、緊急連絡の手段として必要と認められる者		(ファックス以外) 71,000			
12	聴覚障がい者用 情報受信装置	聴覚障がい者であって、本装置によりテレビの視聴が可能になる者	—	88,900	6年	字幕及び手話通訳付きの聴覚障がい者用番組並びにテレビ番組に字幕及び手話通訳の映像を合成したものを画面に出力する機能を有し、かつ、災害時の聴覚障がい者向け緊急信号を受信するもので、聴覚障がい者が容易に使用し得るもの。	
13	人工喉頭 (注4)	音声機能もしくは言語機能障がい者で、本装置がコミュニケーションの手段として必要と認められる者 (ただし、「埋込型人工鼻」については、常時埋込型の人工喉頭を使用する者)	—	(笛式(気管カニューレ付)) 8,400	4年	呼気によりゴム管の膜を振動させ、ビニール等の管を通じて音源を口腔内に導き構音化するもの。	
				(電動式) 72,300	5年	頸下部等にあてた電動版を駆動させ、経皮的に音源を口腔内に導き構音化するもの。電池、充電器を含む。	
				(埋込型人工鼻) 23,100	1ヵ月	声帯の代わりとなり、発声が可能となる機器であり、障がい者が容易に使用し得るもので、気管孔に取り付ける人工鼻用カセット及びベースプレート。	
14	ICタグレコーダー	視覚障がい2級以上 (単身世帯もしくは世帯全員が視覚障がい2級以上もしくはこれに準ずる世帯)	18才以上	59,800	6年	服の形状や色、物の名称を録音したICタグを服や物に貼り付けておき、必要時に本体で再生することにより、その形状や色、名称等を認識することができるもの。	
15	人工内耳専用電池 (注11)	聴覚障がい (現に人工内耳を装用している者)	—	(空気電池) 2,500	1ヵ月	人工内耳専用空気電池	
				(充電式電池) 17,600	1年	人工内耳専用充電式電池	
				(充電器) 28,600	3年	人工内耳専用充電器	

## &lt;5 排泄管理支援用具&gt;

■「介護」欄:◎ 介護保険制度との重複品目

項目番号	種目	障がい及び程度	対象年齢 (原則)	限度額 (円)	耐用 年数等	性能形式 (内容)	介護
1	ストマ用装具 (蓄便袋) (注7)	直腸機能障がい者または小腸機能障がい者で、ストマ造設術を行っている者	—	8,900	1ヶ月	低刺激性の粘着材を使用した密封型又は下部開放型の収納袋とする。ラテックス製又はプラスティックフィルム製  限度額の範囲内で別紙3に定める付属品を給付できる。	
2	ストマ用装具 (蓄尿袋) (注7)	ぼうこう機能障がい者または小腸機能障がい者で、ストマ造設術を行っている者	—	12,200	1ヶ月	低刺激性の粘着材を使用した密封型の収納袋で尿処理用のキップ付とする。ラテックス製又はプラスティックフィルム製  限度額の範囲内で別紙3に定める付属品を給付できる。	
3	紙おむつ (注7)	ぼうこう・直腸機能障がい者で、治療によって軽快する見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんやストマの変形のためストマ用装具を装着することができない者で、紙おむつを必要とする者  ぼうこう・直腸機能障がい者で、先天性疾患に起因する神経障がいによる高度の排尿機能障がい又は高度の排便機能障がいのある者で、紙おむつを必要とする者  直腸機能障がい者で、先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障がいのある者で、紙おむつを必要とする者  次の①から③のいずれかに該当し、かつ、福祉用具等の使用による意思表示も困難である者で、紙おむつを必要とする者  ①乳幼児期以前に発生した非進行性の脳病変による脳原性運動機能障がいにより排尿もしくは排便の意思表示が困難な者  ②下肢又は体幹機能障がい2級以上で、かつ、アからウのいずれかの障がいが起因となり排尿もしくは排便の意思表示が困難な者 ア 知的障がい イ 音声・言語機能障がい ウ 呼吸器機能障がい  ③難病患者等でその疾病が起因となり下肢又は体幹機能に障がいがある者で、かつその疾病が起因となり排尿もしくは排便の意思表示が困難な者	3才以上	12,000	1ヶ月	障がい者が容易に使用し得るもの。  限度額の範囲内で別紙3に定める付属品を給付できる。	◎ (注6)

## &lt;5 排泄管理支援用具&gt;

■「介護」欄:◎ 介護保険制度との重複品目

項目番号	種目	障がい及び程度	対象年齢 (原則)	限度額 (円)	耐用 年数等	性能形式 (内容)	介護
4	サラン、ガーゼ、 脱脂綿 (注7)	ぼうこう・直腸機能障がい者で、治療によって軽快する見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんやストマの変形のためにストマ用装具を装着することができない者で、サラン、ガーゼ、脱脂綿を必要とする者  ぼうこう・直腸機能障がい者で、先天性疾患に起因する神経障がいによる高度の排尿機能障がい又は高度の排便機能障がいのある者で、サラン、ガーゼ、脱脂綿を必要とする者  直腸機能障がい者で、先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障がいのある者で、サラン、ガーゼ、脱脂綿を必要とする者  乳幼児期以前に発生した非進行性の脳病変による脳原性運動機能障がいにより排尿もしくは排便の意思表示が困難な者で、サラン、ガーゼ、脱脂綿を必要とする者	3才以上	12,000	1ヵ月	障がい者が容易に使用し得るもの。	
5	洗腸用具 (注7)	直腸機能障がい者で、治療によって軽快する見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんやストマの変形のためにストマ用装具を装着することができない者で、洗腸用具を必要とする者  直腸機能障がい者で、先天性疾患に起因する神経障がいによる高度の排便機能障がいのある者で、洗腸用具を必要とする者  直腸機能障がい者で、先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障がいのある者で、洗腸用具を必要とする者  乳幼児期以前に発生した非進行性の脳病変による脳原性運動機能障がいにより排便の意思表示が困難な者で、洗腸用具を必要とする者	3才以上	12,000	6ヵ月	障がい者が容易に使用し得るもの。 (耐用期間6ヶ月程度)	
6	取尿器	肢体不自由者で、本器により排尿が容易となる者	—	8,000	1ヵ月	採尿器と蓄尿袋とで構成し、尿の逆流防止装置をつけるもの。	

重度障がい者日常生活用具給付基準表

1. 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がいの場合は、表中の上肢・下肢又は体幹機能障がいに準じ取扱うものとする。
2. 削除
3. 給付は1種目につき原則1個とする。ただし、入浴補助用具、移動・移乗支援用具(歩行支援用具)、聴覚障がい者用屋内信号装置、情報・通信支援用具については、必要性を勘案したうえで、1回の申請につき限度額内で複数個給付することができる。
4. 1種目内に複数形式あるものについて、希望するものいずれか一方を選択のうえ申請できる。(ただし、耐用年数内に希望するものをもう一方に変更し再給付の申請をすることはできない。)
5. 紙おむつの給付の適否に関して判断が必要な場合は、心身障がい者リハビリテーションセンターの意見を聞くことができる。
6. 介護用品支給事業の紙おむつの給付対象となる場合は、本事業の給付対象外とする。
7. 排泄管理支援用具において、「スマ用装具」、「紙おむつ」、「サラン、ガーゼ、脱脂綿」、「洗腸用具」については併給することはできない。
8. 給付の可否判断に際して、対象の確認のため医師意見書等の提出が必要となる場合がある。(紙おむつの場合は給付要件により必須の場合がある。)
9. 難病患者等の確認のため提出された診断書において、疑義のある場合は主治医等に問い合わせるものとする。
10. 介護・訓練支援用具において、「特殊マット」と「褥瘡予防マット」は、併給することができない。
11. 人工内耳専用電池については、空気電池と充電池は併給することができない。また、充電器は充電式電池を使用している者に給付することができる。

## 日常生活用具の給付にかかる自己負担額(徴収基準月額)表

世帯階層区分(現行区分)			自己負担額(円) (徴収基準月額)
A	生活保護法による被保護世帯		0
B	市民税非課税世帯		0
C <sub>1</sub>	所得税 非課税 世帯	市民税均等割課税世帯	1,120
C <sub>2</sub>		市民税所得割課税世帯	1,450
D <sub>1</sub>	所得税 課税 世帯	前年度所得税 2,400 円以下	1,720
D <sub>2</sub>		〃 2,401 円 ～ 4,800 円	1,900
D <sub>3</sub>		〃 4,801 円 ～ 8,400 円	2,120
D <sub>4</sub>		〃 8,401 円 ～ 12,000 円	2,350
D <sub>5</sub>		〃 12,001 円 ～ 16,200 円	2,750
D <sub>6</sub>		〃 16,201 円 ～ 21,000 円	3,120
D <sub>7</sub>		〃 21,001 円 ～ 46,200 円	4,050
D <sub>8</sub>		〃 46,201 円 ～ 60,000 円	4,670
D <sub>9</sub>		〃 60,001 円 ～ 78,000 円	5,770
D <sub>10</sub>		〃 78,001 円 ～ 100,500 円	6,870
D <sub>11</sub>		〃 100,501 円 ～ 190,000 円	8,920
D <sub>12</sub>		〃 190,001 円 ～ 299,500 円	11,000
D <sub>13</sub>		〃 299,501 円 ～ 831,900 円	26,150
D <sub>14</sub>		〃 831,901 円 ～ 1,467,000 円	40,350
D <sub>15</sub>		〃 1,467,001 円 ～ 1,632,000 円	42,500
D <sub>16</sub>		〃 1,632,001 円 ～ 2,303,000 円	51,450
D <sub>17</sub>		〃 2,303,001 円 ～ 3,117,000 円	61,250
D <sub>18</sub>		〃 3,117,001 円 ～ 4,173,000 円	71,900
D <sub>19</sub>		〃 4,173,001 円以上	全額

※ 繼続品目について、1ヵ月分の給付決定を行う際の自己負担額については、上記自己負担額の2分の1とする。(10円未満の端数は切捨てとする。)

(注)

「世帯」とは、住民基本台帳上同一世帯となっている者で、かつ民法（第877条第1項）に基づく扶養義務者（本人の直系血族及び兄弟姉妹）及び配偶者とする。（外国人登録により同一世帯となっていない同住所地の者については、住民基本台帳上同一世帯となっている者と同様とする。）

## ○ストマ用装具（蓄便袋・蓄尿袋）の付属品として給付することができる品目一覧

	種類	対象品目	用具の用途
1	皮膚保護剤	ペースト パテ ウエハーア パウダー スキンバリア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ストマ周囲の皮膚のしわ・くぼみによる凹凸を補正し、皮膚の表面を平坦にして皮膚保護剤面板の粘着を助長し、排泄物の漏れによる皮膚障がいを防止するもの。</li> <li>・ストマ周辺の皮膚が湿って皮膚保護剤面板が粘着しない場合に振りかけ、密着性を高めて排泄物の漏れによる皮膚障がいを防止するもの。</li> <li>・ストマ周辺の皮膚を排泄物やテープ類等の刺激から守るために皮膚に塗って薄い皮膜をつくるもの。</li> </ul>
2	固定具	サージカルテープ 固定用ベルト 腹帯	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ストマ装具の皮膚保護剤面板の皮膚への密着を助長するかぶれにくい粘着性のテープで、面板のはがれを防ぐ目的で使用するもの。（粘着テープ付の面板を使用しない場合に必要。）</li> <li>・ストマ袋を固定、脱落を防止するもの。</li> </ul>
3	補正剤	コンベックスインサート	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ストマ周辺の皮膚と皮膚保護剤面板を密着させるため、面板にはめ込むリング状の部品で、排泄物の漏れを防止するもの。</li> </ul>
4	剥離剤	リムーバー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・皮膚保護剤・サージカルテープ等の粘着力が強い場合に、皮膚に刺激を与えないでそれらを剥がすための液体で、ストマ装具の交換時に使用するもの。</li> </ul>
5	蓄尿・便バッグ	レッグバッグ ナイトドレナージバッグ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・遠出や就寝時等、長時間にわたり排出処理ができない時に、通常のパウチ（ストマ袋）に加え、予備の蓄尿・便袋と接続することにより、蓄尿・便量を増やすことができるもの。</li> </ul>
6	ストマカバー	パウチカバー ウロバッグカバー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発汗により、ストマ装具のパウチ（ストマ袋）部分で蒸れを起こして皮膚に真菌等が発症するのを防ぐために、パウチに被せて汗を吸収するもの。</li> </ul>
7	消臭剤	消臭パウダー 消臭フィルム 消臭液	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パウチ（ストマ袋）内の排泄物の臭いを脱臭するために、パウチの中に入れて使用するもの。</li> </ul>
8	入浴等補助具	ミニパウチ ミニパッド ストマキャップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴時にストマを保護するために貼り付けるパッドや袋、カバーキャップ。</li> </ul>
9	潤滑剤	パウチ用潤滑剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パウチ（ストマ袋）内をコーティングすることにより、パンケーリング現象を防止し、排泄物が袋の底まで落ちやすくなり、パウチ洗浄時に、排泄物を排出しやすくなりするもの。</li> </ul>
10	凝固剤	高分子凝固剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿や水様便等、水分をゲル状にすることにより、排出時の飛び散りを予防するため、パウチ（ストマ袋）の中に入れて使用するもの。</li> </ul>

11	穴あけ用器具	専用ハサミ 専用カッター	・皮膚保護剤面板の中心部分をストマの大きさに合わせて穴を開けるための専用のハサミやカッター。
12	ガス抜き用具	ガス抜きフィルター	・ガスによるストーマ袋の膨らみを防止するためもの。
13	接続管	ウロ接続管 コネクター 接続チューブ	・尿路ストーマ装具とレッグバッグ・ドレナージバッグを接続するためのもの。
14	閉鎖具	専用クリップ ストッパー	・ストマを閉鎖するためのもの。
15	その他	ガーゼ テープ付ガーゼ	・皮膚の保護・排泄物の漏れ防止・皮膚への装具密着などのために使用するもの。

※ いずれも、補助限度額の範囲内で給付できるものとする。

○紙おむつ（パンツタイプ・テープ止めタイプ）の付属品として給付することができる品目一覧

	対象品目	用具の用途
1	尿取りパッド	1～2回程度の尿を吸収するもので、次のいずれかの方法で使用する製品。 (ア) 紙おむつ（パンツタイプ・テープ止めタイプ）と組み合わせて使用するパッド (イ) パンツに止めて（貼り付けて）使用するためのパッド
2	おしりふき	ウェット（ぬれ）タイプのふきとり紙で使い捨てとして使用する製品。 ※ ティッシュペーパー、トイレットペーパーは対象外。
3	アナルプラグ	便失禁防止のために使用する用具（挿入型肛門用失禁装具）

※ いずれも、補助限度額の範囲内で給付できるものとする。

## 重度障がい者日常生活用具給付申請書

(提出先)  
大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日

申請者	住所	(〒 - - - )										電話 ( ) - -
	フリガナ											
	氏名	(対象者との続柄)						生年月日	年 月 日			
	個人番号											

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

1 対象者  申請者と同じ

フリガナ											生年月日	年 月 日			
氏名															
住所	大阪市 区														
個人番号															
<input type="checkbox"/> 在宅		<input type="checkbox"/> 入院・入所 ( )													
<input type="checkbox"/> 同一世帯に日常生活用具の給付を受けている障がい者がいる。 (氏名 : )															

## 2 障がい状況

身体障がい者手帳	番号	第 号	交付年月日	年 月 日							
	障がい名					等級	級				
療育手帳	番号	第 号	交付年月日	年 月 日							
	障がいの程度	A · B1 · B2					級				
精神保健福祉手帳	番号	第 号	等級	年 月 日							
難病患者等	疾病名										

## 3 申請する用具及び業者

※人工内耳専用電池（充電式電池）を申請する場合は、どちらの耳に使用するか記入してください。

用具の名称	一般品目										
	継続品目	<input type="checkbox"/> 蓄便袋（ストマ造設 箇所） <input type="checkbox"/> 蓄尿袋（ストマ造設 箇所） <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 人工内耳専用電池（空気電池）（右耳のみ・左耳のみ・両耳） <input type="checkbox"/> ( ) <small>当てはまるものに○をつけてください。</small> ( 月 ~ 月分 )									
業者名											

※ 本人（障がい児の場合は保護者）が提出する場合、記入不要。

提出者	住所	(〒 - - - )										電話 ( ) - -
	フリガナ											
	氏名印											申請者との続柄

以下、保健福祉センター記入欄

購入予定価格	自己負担額（階層区分）	給付予定金額

(添付書類)  見積書  税確認資料（同意書）  商品カタログ等  
 (審査)  資格・給付要件  世帯状況  價格  添付書類

以上により、 給付を決定します 給付申請を却下します

決裁欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	係長	担当係長	係員	公印審査
	・・							取扱責任者
	決裁年月日							文書主任
	・・							

## 同 意 書

(提出先) 大阪市 区保健福祉センター所長

重度障がい者日常生活用具給付等にかかる支給要件の確認と利用者負担上限月額算出のために、私及び以下の世帯員全員について、保健福祉センター所長が個人番号を用いて課税台帳等の関係公簿を照会かつ閲覧することに同意します。

また、所得税額等を確認できる書類が提出できない者の支給要件の確認と利用者負担上限月額算出のために必要な所得税額については、市民税情報より算出したものを適用することに同意します。 (※)

以上の内容については、次の世帯員全員の承諾を得ています。

- ※ 市民税情報より算出した所得税額については、実際に課税されている所得税額とは異なる場合があり、決定内容に差異が生じことがあります。
- ※ 市民税情報から算出した所得税額には、所得税額減税額（令和6年分の所得税について居住者の所得税額から控除できる金額（所得者本人3万円に同一生計配偶者又は扶養親族1人につき3万円を加算した金額））は、反映されません。なお、これにより申請者にとって不利益な決定がなされても、申請者は異議を申し立てないことに同意しているとみなします。

年 月 日

住 所

申請者氏名

申請者の1月1日時点の住所

<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(住所)
---------------------------------	------

申請者の前年1月1日時点の住所

<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(住所)
---------------------------------	------

- ① 住民票上の世帯に属する世帯員について下の欄に記入して下さい。
- ② ①以外にも住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方がいれば記入してください。

	フリガナ 氏 名	年齢	生年月日	対象者と の関係	住 所 (申請者と異なる場合に記入してください)	
申請者						
	個人番号	□ □ □	□ □ □	□ □ □		
対象者 <input type="checkbox"/> 申請者と 同じ						<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 1月1日時点 <input type="checkbox"/> 前年1月1日時点
	個人番号	□ □ □	□ □ □	□ □ □		□ □ □
関係者 (世帯員)						<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 1月1日時点 <input type="checkbox"/> 前年1月1日時点
	個人番号	□ □ □	□ □ □	□ □ □		□ □ □
						<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 1月1日時点 <input type="checkbox"/> 前年1月1日時点
	個人番号	□ □ □	□ □ □	□ □ □		□ □ □
						<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 1月1日時点 <input type="checkbox"/> 前年1月1日時点
	個人番号	□ □ □	□ □ □	□ □ □		□ □ □
					<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 1月1日時点 <input type="checkbox"/> 前年1月1日時点	
個人番号	□ □ □	□ □ □	□ □ □		□ □ □	

市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日の属する前年（1月から6月は前々年）の12月31日現在の年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数	人
(個人番号等確認資料)	
個人番号カード・通知カード・運転免許証・障がい者手帳（身体・精神・療育）・健康保険資格確認書・その他（	

## 診断書

〔大阪市重度障がい者日常生活用具給付事業【難病患者等用】〕

この診断書の記入に当たっては、別紙「主治医様へお願い」を参考にしてください。

患者氏名 ふりがな		生年 月日	年      月      日
患者住所	大阪市      区		
疾 病 名 ※		発病時期	年      月
症 状			
日常生活用具 を必要とする身 体の状況及び必 要とする器具の 名称	種 目	1 特殊寝台  2 特殊マット  3 特殊尿器 4 体位変換器  5 移動用リフト 6 褥瘡予防マット  7 入浴補助具 8 便器  9 歩行支援用具  10 特殊便器 11 自動消火器  12 ネプライザー 13 電気式たん吸引器 14 パルスオキシメーター (※) ※重度の方で、簡易型では対応できない理由がある 場合は、その旨記載してください。	

上記の患者は、在宅で療養が可能な程度に症状が安定しており、「日常生活用具の給付」を  
( 可 ・ 不可 ) とします。病状等については以上のとおりであると診断します。

年      月      日      医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

担当医師 連絡先      TEL (      )      -

※ 疾病名は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病名を記載すること。

【注】この診断書は、医療機関において「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いします。

# 主治医様へお願い

大阪市

区保健福祉センター

連絡先( 06 - - - - )

大阪市では、難病患者等で 介護保険法、老人福祉法等の施策の対象とならない人に、在宅における療養生活を支援するため「大阪市重度障がい者日常生活用具給付事業」を実施しています。当該事業は難病患者等のご希望により、下記別表の 14 種類の日常生活用具を支給する制度です。この事業において用具の給付を受けていただくために、該当疾病であること等医師の診断書が必要です。

つきましては、以下のことについて留意して指定の診断書用紙にご記入くださいますようお願いします。

なお、当該疾病（難病等）が起因となり、各種目ごとの対象者となる要件を満たす場合で、かつ現状・病状から当該用具が必要であると認められる場合に給付するものとしています。

診断書には、

- ① 症状欄には、在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾病に関する現在の主要症状を記入してください。また、別表の対象者としての状況に該当するか否かも記載してください。
- ② 当該疾病にかかる現状・病状から必要と認められる用具がある場合、身体の状況欄への記載及び種目欄に○印を付してください。

以上について、ご指示くださいますよう、お願い申しあげます。

別表

種 目	対 象 者	性 能 等
1 特殊寝台	下肢又は体幹機能に障がいのある人	原則として頭部及び脚部の傾斜角度が個別に調整できる機能を有するもの
2 特殊マット	寝たきり状態にある人	床ずれ防止又は失禁等による汚染又は摩耗を防止できる機能を有するもの
3 特殊尿器	自力で排尿できない人	尿が自動的に吸引されるもので難病患者等が容易に使用し得るもの
4 体位変換器	寝たきり状態にある人	介助者が難病患者等の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの
5 移動用リフト	下肢又は体幹機能に障がいのある人	介護者が難病患者等を移動させるにあたって容易に使用し得るもの (ただし天井走行型その他住宅改修を伴うものを除く)
6 褥瘡予防マット	寝たきり状態にある人	床ずれ・褥瘡を予防する為のものであって次の①・②のいずれかに該当するもの ①エアーマットと送風装置からなるもの②特殊な素材と形状により体圧分散効果を有するもの
7 入浴補助具	入浴に介助を要する人	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、難病患者等又は介護者が容易に使用し得るもの(ただし設置にあたり住宅改修を伴うものを除く)
8 便 器	常時介護を要する人	難病患者等が容易に使用し得るもの
9 歩行支援用具	下肢が不自由な人	概ね次の①・②のような性能を有する手すり、スロープ等であること (ただし設置にあたり住宅改修を伴うものを除く) ①難病患者等の身体機能の状態を十分に踏まえたもので必要な強度と安定性を有するもの②転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消などの用具
10 特殊便器	両上肢機能に障がいのある人	温水温風を出し得るもので、難病患者等又は介助者が容易に使用し得るもの (ただし取替にあたり住宅改修を伴うものを除く)
11 自動消火器	火災の感知及び避難が著しく困難な難病患者等のみの世帯	室内温度の異常上昇又は炎の接触で自動的に消火液を噴射し、初期火災を消滅し得るもの
12 ネプライザー	呼吸機能に障がいのある人	難病患者等が容易に使用し得るもの
13 電気式たん吸引器	呼吸機能に障がいのある人	難病患者等が容易に使用し得るもの
14 パルスオキシメーター	人工呼吸器を装着している人	人工呼吸器を装着する難病患者等が簡易に動脈の酸素飽和濃度を測定し、心肺機能が常時正常であるか確認できるもの

## 医師意見書（紙おむつ給付用）

(提出先) 大阪市

区保健福祉センター所長

フリガナ		生年 月日	
対象者氏名		年 月 日	
対象者住所	大阪市 区		
疾病名			
排尿もしくは排便の意思表示が困難となった原因の障がい名及び障がいの程度  <u>※右の□の該当する箇所にチェックが必要です。</u>	<input type="checkbox"/> 乳幼児期以前に発症した非進行性の脳病変による脳原性運動機能障がい（等級： 級） <input type="checkbox"/> 下肢障がい（等級： 級） <input type="checkbox"/> 体幹機能障がい（等級： 級） <input type="checkbox"/> 知的障がい（等級： ） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能障がい（等級： 級） <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障がい（等級： 級） <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法施行令第1条に基づき、厚生労働大臣が定める疾病（難病等）		
福祉用具等の使用による排尿もしくは排便の意思表示の可否  <u>※右の□のいずれかにチェックが必要です。</u>	<input type="checkbox"/> 福祉用具等（重度障がい者用意思伝達装置、音を鳴らす、筆談等）の使用により、排尿もしくは排便の意思表示が可能  <input type="checkbox"/> 福祉用具等の使用による排尿もしくは排便の意思表示も困難		
障がいの状態			
備 考			

上記のとおり、紙おむつの使用が（必要・不要）と意見する。

年 月 日

医療機関名：

医療機関所在地：

医師氏名：

【注】この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ、ご交付くださいますようお願いいたします。

電話番号

FAX番号

## 重度障がい者日常生活用具給付決定通知書

先に申請のありました日常生活用具について、次のとおり給付を決定しましたので通知します。

記

対象者氏名

対象者住所

申請者氏名

申請者住所

決定年月日

給付決定金額

種目

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。）

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

## 重度障がい者日常生活用具給付券

証明書番号			
対象者氏名		生年月日	
現住所			
申請者氏名			
給付する用具名			
納入業者	業者名		
	所在地		
価格	自己負担額	給付金額	
業者納入期限			

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長

印

## 納入業者記入欄（給付金額確認用）

上記価格のとおりに納品しました。上記価格に変更があったので、下記のとおり納品しました。

価格	自己負担額	給付金額

## 対象者記入欄

受領年月日	年 月 日	受領者氏名	
-------	-------	-------	--

## 委任状

年 月 日

私は、本給付券による日常生活用具の請求及び受領を上記の納入業者に委任します。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 備考

- ・給付決定金額は給付上限金額となります。
- ・用具を納入する際に対象者と業者は用具の価格を双方で確認のうえ、「給付金額確認欄」及び「対象者確認欄」を記載するとともに、対象者はこの証明書と引き換えに用具を受領し、自己負担額を業者にお支払いください。
- ・この証明書を不正に利用した場合は費用の全額、または一部を返還してもらうことがあります。
- ・当該給付にかかる決定の取消しを受けた場合、この証明書は発行元へ返還する必要があります。
- ・給付決定された内容に変更がある場合は、速やかに発行元に連絡してください。

電話番号

FAX番号

## 重度障がい者日常生活用具給付不支給決定通知書

先に申請のありました日常生活用具について、審査の結果つぎの理由により不支給と決定しましたのでご了承ください。

記

対象者氏名

対象者住所

申請者氏名

申請者住所

申請日

却下日

理由

種目

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。）

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

(様式第8号)

## 重度障がい者日常生活用具給付申請取下届

年 月 日

(提出先)  
大阪市 区保健福祉センター所長

届出者	住 所	(〒 - )										
	フリガナ	電話 ( ) -										
	氏 名 印	(対象者との続柄)										
対象者	住 所	(〒 - )										
	フリガナ					電話 ( ) -						
	氏 名					生年月日	年 月 日					
	個人番号											

(注) 届出者は、取り下げる申請の申請者または対象者となります。

年 月 日に行つた重度障がい者日常生活用具給付申請を取り下げます。

### 以下、保健福祉センター記入欄

上記届出により、重度障がい者日常生活用具給付申請を取り下げます。

決裁欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	係長	担当係長	係員	公印審査	
	・ ・							取扱責任者	文書主任
	決裁年月日								
	・ ・								

## 重度障がい者日常生活用具給付変更承認申請書

年 月 日

(提出先)  
大阪市 区保健福祉センター所長

申請者	住 所	(〒 - )												
	フリガナ	電話 ( ) -												
	氏 名	(対象者との続柄)												
	個人番号													
対象者	住 所	(〒 - )												
	フリガナ					電話 ( ) -								
	氏 名					生年月日	年 月 日							
	個人番号													

年 月 日 付け大 保福第 号により給付決定された  
日常生活用具について、次のとおり変更する必要がありますので、変更承認を申請します。

記

1. 変更する内容
2. 変更する理由

以下、保健福祉センター記入欄  
上記申請により

変更を承認し、変更承認通知書を発行します。  
 変更を不承認とし、変更不承認通知書を発行します。

決裁欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	係長	担当係長	係員	公印審査	
	・ ・							取扱責任者	文書主任
	決裁年月日								
	・ ・								

様式第 10 号  
大 保福第 号  
年 月 日

一  
大阪市 区  
様

大阪市 区保健福祉センター所長

一  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
保健福祉課 ( )  
電話番号  
FAX 番号

## 重度障がい者日常生活用具給付変更承認通知書

先に変更承認申請がありました日常生活用具について、次のとおり変更を承認しましたので通知します。

記

対象者氏名  
住所

申請者氏名  
住所

決定年月日 年 月 日

変更内容

変更理由

様式第 11 号  
大 保福第 号  
年 月 日

一  
大阪市 区  
様

大阪市 区保健福祉センター所長

一  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
保健福祉課 ( )  
電話番号  
FAX 番号

## 重度障がい者日常生活用具給付変更不承認通知書

先に変更承認申請がありました日常生活用具について、審査の結果、次の理由により変更を不承認しましたので通知します。

記

対象者氏名  
住所

申請者氏名  
住所

決定年月日 年 月 日

不承認と  
した理由

## 重度障がい者日常生活用具給付者異動届

年 月 日

(提出先)  
大阪市 区保健福祉センター所長

届出人	住 所	(〒 - - - )		
		電話 ( ) - - -		
	フリガナ			
	氏 名	(対象者との続柄 )		

次のとおり異動しましたので届け出ます。

記

対象者	フリガナ				生年月日	年 月 日		
	氏名							
	住所	(〒 - - - )			電話 ( ) - - -			
	個人番号							
事由発生年月日					年	月	日	
異動内容	1	区内で転居 ( 転居先 : 区 )						
	2	市内他区へ転居 ( 転出先 : 区 )						
	3	世帯構成員等の変更 ( )						
	4	給付月変更 ( )						
	5	市外転出 ( 市・町・村 ) へ転居						
	6	対象者が死亡						
	7	その他 ( )						

電話番号

FAX 番号

## 重度障がい者日常生活用具給付取消通知書

付 にて決定しました日常生活用具の給付については、  
次の理由により取消する事を決定しましたので通知します。

記

対象者氏名

対象者住所

申請者氏名

申請者住所

取消日

取消の理由

種目

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、大阪市長に対して審査請求することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると審査請求することができなくなります。）

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）