様式第２号（第５条、第８条関係）

医　師　意　見　書

　登米市介護用品支給事業の申請に当たり、下記の者は、常時失禁状態にあると認めます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 | 登米市 |

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関　　所在地

　　　　　　　名　　称

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

注１）この意見書において「常時失禁状態」とは、自力でトイレで排泄することが困難または１日のうち頻回に尿が漏れてしまう状態を言います。

注２）登米市介護用品支給事業では、対象となる方のうち、要支援１・２及び要介護１～３の方、又は障害者（児）については、常時失禁状態にあると認める医師意見書の提出をもって対象としています。

注３）この意見書は新規申請時のみ必要で、次回からの更新申請時は添付を省略できます。