

紙おむつ使用証明書					
対象者	住 所				
	氏 名			性別	男・女
	生年月日				
	身 体 障 害 者・療 育 手 帳	手帳番号 ・ 交付日	県第 年 月 日 号	等級	第 種 級 級
	障 害 名				
	意見及び効 果見込み				
上記の者は、上記の障害を原因として、紙おむつを常時使用する必要があることを証明する。（※注１） 年 月 日 医療機関名 _____ 所 在 地 _____ 記入医師氏名 _____ (印)					

※注１． 証明書中「常時使用」とは、「２４時間使用」の意味になります。

※注２． この証明書は、草津市心身障害者（児）紙おむつ購入費の助成を受けるために必要です。