

I 補装具費支給制度の概要

1 根拠

- (1) 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「法」という。)第5条第25項及び第76条
- (2) 「補装具費支給事務取扱指針」(平成30年3月23日障発0323第31号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「指針」という。)
- (3) 「岩手県補装具費支給事務取扱要領」(以下「要領」という。)
※法に基づき、岩手県福祉総合相談センター(以下「センター」という。)が実施する補装具費支給に係る判定事務について必要な事項を定めたもの。

2 補装具とは

「補装具」とは、障害者等の身体機能を補完又は代替し、かつ、長期間にわたり継続して使用されるものその他の厚生労働省令で定める基準に該当するものとし、義肢、装具、車いすその他の厚生労働大臣が定めるものをいう。

・障害者総合支援法施行規則第6条の20で定める基準

- (1) 障害者等の身体機能を補完し、又は代替し、かつ、その身体への適合を図るように製作されたものであること。
- (2) 障害者等の身体に装着することにより、その日常生活において又は就労もしくは就学のために、同一の製品につき長期間にわたり継続して使用されるものであること。
- (3) 医師等による専門的な知識に基づく意見又は診断に基づき使用されることが必要とされるものであること。

3 補装具費支給の目的(指針)

失われた身体機能を補完又は代替する用具であり

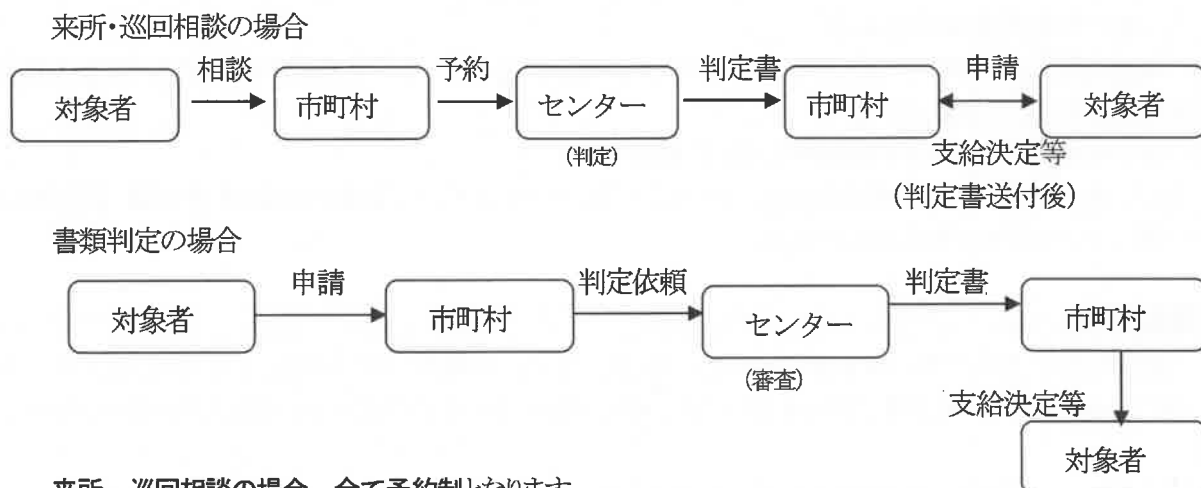
- 身体障害者及び18歳以上の難病患者等(以下「身体障害者」という。)の職業その他日常生活の効率の向上を図ることを目的とする。
- 身体障害児及び18歳未満の難病患者等(以下「身体障害児」という。)については、将来、社会人として独立自活するための素地を育成・助長すること等を目的とする。
- 市町村は、補装具費の支給に当たり、医師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、身体障害者福祉司、保健師等の専門職員及び補装具の販売又は修理を行う業者(以下「補装具業者」という。)との連携を図りながら、身体障害者・児の身体の状況、性別、年齢、職業、教育、生活環境等の諸条件を考慮して行う。
なお、その際、身体障害児については、心身の発育過程の特殊性を十分考慮する必要がある。

- ・「身体障害者」とは、18歳以上で身体障害者手帳の交付を受けたもの(身体障害者福祉法第4条)
- ・「身体障害児」とは、18歳未満で身体障害者手帳の交付を受けたもの(児童福祉法第4条第2項)
- ・「難病患者等」とは、治療方法が確立しておらず、その診断に関して客観的な指標による一定の基準が定まっており、かつ当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるものであって、当該疾病の患者の置かれている状況からみて、当該疾病の患者が日常生活又は社会生活を営むための支援を行うことが特に必要なものとして厚生労働大臣が定める疾病(H30.4～359疾病)による障害の程度が、当該障害により継続的に日常生活に相当な制限を受ける程度であるもの

4 補装具費支給の流れ

市町村は、補装具費支給制度の実施主体として利用者の申請に基づき、補装具の購入・借受け又は修理が必要と認めるときは、購入・借受け又は修理に要した費用を利用者に補装具費として支給します。

センターは市町村からの依頼に応じ、補装具の新規支給、再支給、修理に係る医学的判定を実施します。



・来所・巡回相談の場合、全て予約制となります。

・書類判定の場合、岩手県補装具費支給事務取扱要領に定めるとおり判定依頼書に必要書類を添付して送付してください。

・医師の審査の上で判定書を交付します。

・児童用補装具で自立支援医療機関(育成医療機関)の医師が作成した補装具費支給意見書については、判定依頼は不要です。

※ 全ての補装具について、センターでの判定が必要なわけではありません。(要領2(2)、資料P15 補装具判定依頼対応表を参照のこと)

※ 難病患者等に対する判定について(要領4(5)) (P.6にも記載がございます)

医師の診断書により、当該疾病が急速に進行するため迅速な支給が必要であると認められる場合には、「迅速判定に係る調査書」(様式第22号)の作成が必要となります。

その上で、更生相談所の判定を要する種目にあつては、様式第1号の判定依頼書により申請受付から1週間以内に更生相談所に迅速判定を依頼、更生相談所の判定を要しない種目にあつては、1週間以内に支給決定を行うなど、迅速な対応をお願いします。

5 補装具費支給意見書を作成する医師について

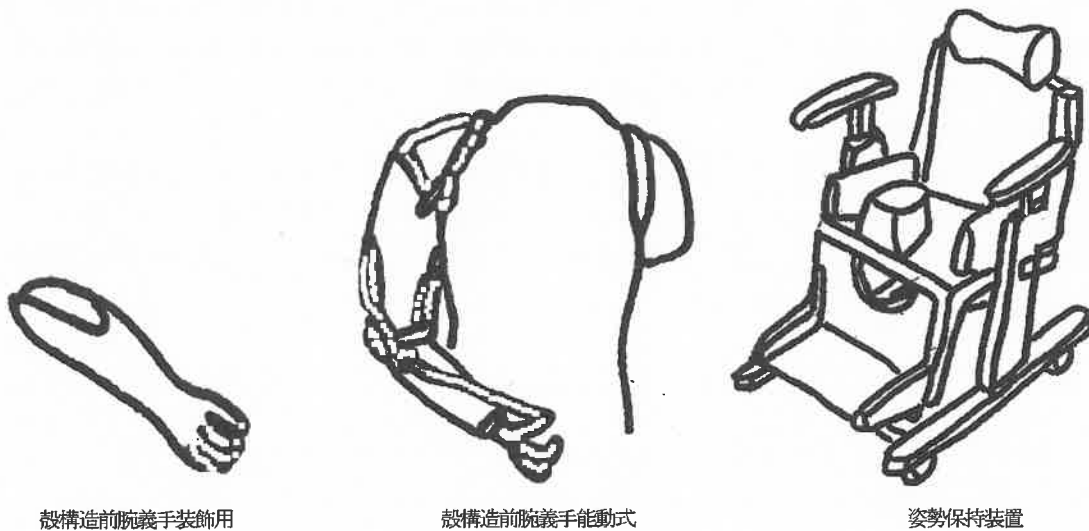
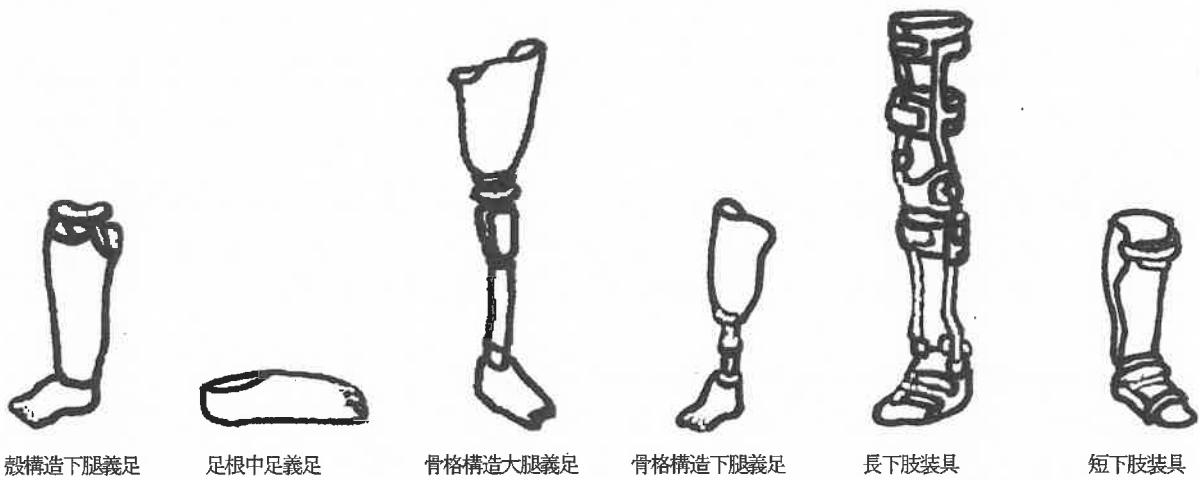
	身体障害者	身体障害児	難病患者等
身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医	○	○	○
指定自立支援医療機関の医師(所属学会認定の専門医)	○	○	○
国立身体障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師	○	○	○
保健所の医師	—	○	○
難病法第6条第1項に基づく指定医師 (注)	—	—	○

注)岩手県庁ホームページ:保健福祉部健康国保課健康予防担当の「難病医療費助成指定医一覧」参照。

6 補装具の種目

種 目	名 称	種 目	名 称
義肢(義手、義足)	殻構造	電動車椅子	
	骨格構造	座位保持椅子	(障がい児のみ)
装具	下肢装具、上肢装具 体幹装具	起立保持具	(障がい児のみ)
姿勢保持装置		歩行器	
盲人安全つえ		頭部保持具	(障がい児のみ)
義眼		排便補助具	(障がい児のみ)
眼鏡	矯正用	歩行補助つえ	松葉づえ
	遮光用		カナディアン・クラッチ
	コンタクトレンズ		ロフstrand・クラッチ
	弱視用		多脚杖
補聴器			プラットホーム杖
車椅子		重度障害者用意思伝達装置	

(「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」(平成18年9月29日厚生労働省告示第528号。以下「告示」という。))



7 補装具費の支給対象となる補装具の個数について

- (1) 原則として、1種目につき1個です。
- (2) 身体障がい者(児)の障害の状況を勘案し、職業又は教育上等特に必要と認めた場合は、2個支給することができます。
- (3) 医学的判定を要するとされている補装具(義肢・装具・姿勢保持装置・電動車椅子・車椅子・重度障害者用意思伝達装置)について、同じ種目を複数同時に申請する場合は、原則としてセンターの来所・巡回相談において判定が必要です。

例)	・義手	能動式、作業用、装飾用のうち職業及び生活状況等を考慮して2個。
	・義足	作業用と常用
	・車椅子	室内用と屋外用

- (4) 医学的判定を要しない補装具については、市町村において必要性や有効性等について十分に検討、決定してください。

8 耐用年数について

- (1) 告示に規定されている耐用年数は、通常の装着等状態で使用した場合に、その補装具が修理不能となるまでの予想年数が示されたものです。
- (2) 補装具費の支給を受けた方の障がいの状況や作業の種類等によっては、実際の耐用年数に長短があると予想されますので、再支給の際には実情に沿うよう十分配慮することが必要です。

例)	ア	耐用年数経過前であっても修理不能となった場合
	イ	部品の交換を行うよりも新たに購入した方が真に合理的・効果的であると認められる場合。

- (3) 災害等、本人の責任に拠らない事情により亡失・毀損した場合は、新たに必要と認める補装具費を支給することができます。
- ※ 補装具を使用している状況は様々です。毎日、リハビリのために歩く人、仕事が営業で義足で日に1万歩も歩く人、日常生活圏内しか移動しない人など様々であり、再支給や修理が必要な期間も人それぞれですので、一概に耐用年数にとらわれず、個別の状況により柔軟に対応願います。

9 購入等に要する費用の額の算定に関する基準について

- (1) 「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」(平成18年厚生労働省告示第528号。以下「告示」という。)の別表に定める価格は、上限の価格として定められています。
- (2) 「消費税法施行令第14条の4の規定に基づき厚生労働大臣が指定する身体障害者用物品及びその修理を定める件」(平成3年厚生省告示第130号)により消費税が課税されない物品に係る補装具費の支給については、別表の価格の100分の106に相当する額が購入又は修理に要する費用の額の上限となります。(小数点以下切捨て)

※ただし、装具(レディメイド)の購入については、補装具事業者の仕入時にあっても非課税であることから、別表の価格の100分の100に相当する額を購入又は修理に要する費用の額の上限とします。

- (3) 消費税が課税される物品に係る補装具費の支給については、別表の価格の100分の110に相当する額を上限とします。(小数点以下切捨て)

10 差額自己負担について

補装具支給の必要性を認める補装具について、その種目、名称、型式、基本構造等は支給要件を満たすものであるが、使用者本人が希望するデザイン、素材等の嗜好的な部分を選択することにより基準額を超えることとなる場合は、当該名称の補装具に係る基準額との差額を本人が負担することとして支給の対象とすることは差し支えありません。

例) ・車椅子のシート等の色、柄を変更するために要する費用の差額。

(リクライニングをチルトリクライニングにというような、構造や機構の変更のための差額は認められません。)

11 他制度で支給された補装具の修理について

補装具の修理については、補装具費支給制度で支給された補装具であるか否かは問いませんが、次の事項に留意してください。

- (1) 労災制度及び他の制度において給付されたものは、その後も継続して当該制度が適用される可能性があります。他制度担当機関から確認してください。その制度で修理が認められない場合には障害者総合支援法による給付ができます。
- (2) 介護保険等による貸与物品の修理は補装具費支給制度の修理の対象とされていません。
- (3) 自費購入または寄贈により活用している補装具については、それが障害者総合支援法の支給基準に適合しており、障がい者にとって真に必要と認められた場合には修理の対象となります。
- (4) 差額自己負担した補装具については、支給が認められている部分のみ、修理基準の範囲内での修理が可能です。

12 特例補装具費の支給について

- (1) 特例補装具とは、告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、身体障がい者・身体障がい児の現症や生活環境その他真にやむを得ない事情により、告示別表に定める名称、型式、基本構造等によることができない補装具のことをいいます。(※「真にやむを得ない事情」とは、その用具、機能がなければ生活、就労、就学が極めて困難であることを指します。)

例) FM式補聴システム等

- (2) 特例補装具費の支給の必要性及び当該補装具の購入又は修理に要する費用の額等については、センターの判定又は意見に基づき市町村が決定します。
- (3) 市町村が特例補装具の判定をセンターに依頼する際は、要領に定める「特例補装具費支給(購入・修理)理由書」(様式第15号)(以下「理由書」という。)に記載のうえ提出してください。

(記載する内容)

対象者の職業、教育、生活状況及び生活環境等、用具購入の必要性、告示に規定されている補装具の範囲内で対応できない理由、その用具に付加する機能、付属品の有効性等と「真にやむを得ない」とする理由等。

- (4) 特例補装具の再支給及び修理については、新規購入と同様の医学的判定を必要とします。

※特例補装具の判定依頼については、下記の点に留意してください。

- ①見積書(写)のほかに、特例補装具の価格、性能が分かるカタログが添付されているか。
- ②医師が必要性を認め、意見書に明記しているか。
- ③特例補装具を希望する明確な理由があるか。(どこで何をするために必要とするのか。身体状況、就労・就学の状況、生活状況、生活環境等からみて必要性は認められるか、基準内のものでは対応できないかを十分に調査検討してください。)

13 難病患者等の補装具費支給について

- (1) 難病患者等に対する補装具費の支給については、身体障害者手帳をもっていない方も対象となります。
- (2) 補装具申請時に、特定疾患及び難病患者等であることが判る医師の診断書(任意様式)又は特定疾患医療受給者証の写しが必要となります。(意見書作成可能な医師については p2 参照)
- (3) 難病患者等についても全種目の補装具の申請が可能。ただし、疾病との因果関係が認められる症状や障がいに対するものであることを要件とします。
- (4) 医師の意見書には、症状の日内変動や重度の症状が出現した時の状態及び、そのことを踏まえて補装具を必要とする理由を詳細に記載していただく必要があります。
- (5) 判定依頼する場合は、要領に定める「難病の症状等に係る調査書(様式第 17 号)」が必要です。
- (6) 難病患者等日常生活用具給付事業(旧)により「車椅子」「電動車椅子」「重度障害者用意思伝達装置」「歩行器」「整形靴」の支給を受けている場合は、不支給とならないように配慮してください。
- (7) 医師の診断書により、当該疾病が急速に進行するため迅速な支給が必要であると認められる場合(注)には、「迅速判定に係る調査書」(様式第 22 号)の作成が必要です。

更生相談所の判定を要する種目にあつては、様式第1号の判定依頼書により申請受付から1週間以内に更生相談所に迅速判定を依頼し、更生相談所の判定を要しない種目にあつては、1週間以内に支給決定を行うなど、迅速な対応をお願いします。

注) 補装具費支給意見書における医学的所見欄の「支給決定手続き」について、迅速に☑があり、迅速手続きを必要とする医学的理由が記載されている場合。

14 補装具の借受け

平成 30 年度から補装具費に借受けが追加されました。

(1) 借受けの想定

- ① 身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要であると認められる場合
- ② 障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合
- ③ 補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要であると認められる場合

(2) 借受けの対象となる種目

- ① 義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品
- ② 重度障害者用意思伝達装置の本体
- ③ 歩行器
- ④ 座位保持椅子

(3) (2)の①、②はセンターによる判定、(2)の③、④は市町村での決定となります。

(2)の①は補装具のうちの完成用部品について完成用部品の償却期間に基づいた月額を算定して、②、③、④は借受け単価(月額単価)に基づいて、算定することになります。

借受け単価は、①義肢・装具・姿勢保持装置の完成用部品のように、各完成用部品の耐用年数ごとにその償却期間を算定して月額単価を割り出すものと、②重度障害者用意思伝達装置、③歩行器、④座位保持椅子のように月額単価が基準で決まっているものとに分かれます。

【完成用部品耐用年数】

殻構造義肢

材料・部品名	耐用年数 年	備考
継手類	3	耐用年数以内の故障に関しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと
手部	1	
手袋	1	
足部	1	
その他の小部品 (消耗品)	1	

骨格構造義肢

材料・部品名	耐用年数 年	備考
パイプ (チューブアダプター)	5	耐用年数以内の故障に関しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと
継手類	3	
手部	3	
ターンテーブル	3	
手袋	1. 5	
足部	1. 5	
フォームカバー (義手用)	1. 5	
フォームカバー (義足用)	0. 5	
その他の小部品 (消耗品)	1	

装具

材料・部品名	耐用年数 年	備考
継手類	1. 5	耐用年数以内の故障に関しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと
その他の小部品 (消耗品)	1	

姿勢保持装置

材料・部品名	耐用年数 年	備考
姿勢保持装置	3	耐用年数以内の故障に関しては、原則として小部品の取替えにより修理又は調整を行うこと

算定例)

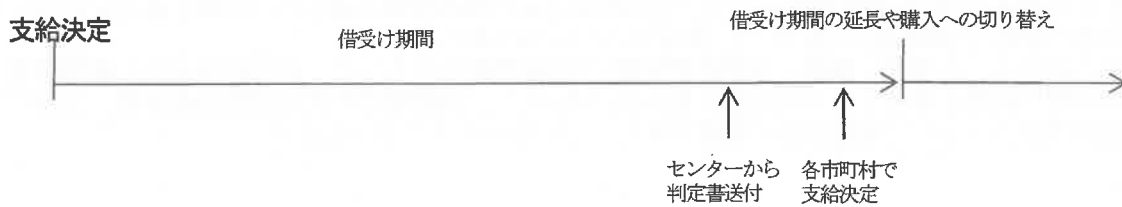
骨格構造 膝継手 1 遊動式 油圧 Proteor 1P50-R 712,500 円
 $712,500 \div (耐用年数を月に換算) 36 月 \times (2/3) = 29,687.5 円$
 (小数点以下切捨て)

29,687 円が借受けの月額単価となる。

(4) 借受け期間設定時の注意点

借受けは歩行器、座位保持椅子については、市町村で決定しますが、それ以外の補装具はセンターで判定します。

従前の支給決定までの流れは5のとおりですが、借受けが入った場合には、借受け終了前に購入又は借受けの再決定のために、再度、センターでの決定が必要となりますので御注意願います。市町村で再度支給決定が遅れると、空白期間が生じますので注意してください。



(5) 想定される対象者の要件

場合	種目・品目	想定される対象者の要件	備考
身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要である	・姿勢保持装置構造フレーム ・歩行器 ・座位保持椅子	成長に伴い体格の変化が著しく、種目の耐用年数の期間にわたり継続して利用できないことが想定される児童	パッド、ベルト類など個別に作製が必要な部分は購入と組み合わせることを可能とする
障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される	・重度障害者用意思伝達装置 (本体)	障害の進行に伴い、名称・基本構造の変更、短期間の使用が想定される者 言語発達の成長に合わせて名称・基本構造の変更が想定される児童	重度障害者用意思伝達装置入力装置 (スイッチ) など個別に必要な部分は購入と組み合わせることを可能とする
補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要である	義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品	複数の部品を比較検討し、使用可能なのか、使用効果があるのかなどの検討が必要な者	使用効果を比較検討した結果、最も適切な部品を購入すること

(6) 借受け期間の考え方

種目・品目	借受け期間	借受け期間の延長・購入の考え方
姿勢保持装置 構造フレーム 歩行器 座位保持椅子	原則 1 年まで、最長 3 年	実際に生活や就学の場面で使用し、身体の成長に応じてサイズ変更が必要な場合には適宜借受けを終了し、適合するサイズのものに変更して借受けを延長する。成長の度合いが安定した場合は購入に至る。 歩行器、座位保持椅子の必要性を検討するため、実際に生活や就学の場面で使用して効果を確認してから購入に至る。
重度障害者用 意思伝達装置 (本体)	原則 1 年まで、最長 3 年	コミュニケーション手段として使用が可能かを見極めるために借受けを利用する。実際に有用性が確認できればその製品を購入するか借受けの延長で使用を続ける。
義肢、装具、 姿勢保持装置 の完成用部品	数カ月～1 年	実際に生活や就労の場面で使用し、その製品や部品が適当なのかを判断する場合と、複数の製品や部品を順次借受けして最も適切な製品を選択する場合がある。いずれも借受けの延長で繋ぐことはせず、購入に至ることを原則とする。

II 関係各法に基づく補装具給付との適用関係について(法第7条、施行令第2条)

障害者総合支援法以外の関係各法の規定に基づき補装具の給付等を受けられる者については、当該関係各法に基づく給付等を優先して取扱います。

※参考 制度間の優先順位

1損害賠償制度	・自動車損害賠償責任保険等、加害者が直接、損害賠償責任を負う制度 ・義足・義眼等の必要性・相当性が認められれば給付の対象になる。
2業務災害補償制度	・労働者災害補償保険法、公務員災害補償法等業務上に起因する疾病及び障害への補償として行なわれる制度
3社会保険制度	・国民健康保険、船員保険等の各種医療保険(治療用装具・仮義足等) ・共済年金法等の各種年金法 ・介護保険法による福祉用具貸与
4社会福祉制度	・障害者総合支援法 ・戦傷病者特別援護法 ・児童福祉法
5公的扶助制度	・生活保護法

1 治療用装具について

治療段階における症状の回復・改善を目的として一時的に利用する義肢・装具については、医療保険等により処方されるものであり、補装具費を支給することはできません。

(例)

- ・骨折や術後の治療に使用される固定や免荷用装具
- ・病巣安静のための固定装具
- ・痛みのある時のみ使用する体幹装具(コルセット)
- ・切断術後に用いられる訓練用仮義足
- ・脳血管障害や脊髄損傷等の歩行訓練に使用する下肢装具

2 介護保険による福祉用具貸与との適用関係

介護保険の給付対象(認定を受けていない者も含む)となる身体障がい者については、介護保険の福祉用具の給付(貸与)が優先です。

ただし、車椅子をオーダーメイドで製作する必要があると判断される場合等、障がい状況に合わせて構造上の工夫や改造を加える必要がある場合には、センターの判定に基づき、障害者総合支援法により補装具費を支給することが可能です。

※ 参 考 介 護 保 険 対 象 者 等

1 対象者

- ・65 歳以上であって介護保険法の要介護状態又は要支援状態に該当する者
- ・40 歳以上 65 歳未満の者であって介護保険法で規定する特定疾病(注)により要介護状態又は要支援状態に該当する者

注) 特定疾病とは(16 疾病)

筋萎縮性側索硬化症(ALS)	脊髄小脳変性症
脊柱管狭窄症	後縦靭帯骨化症
パーキンソン関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病)	閉塞性動脈硬化症
骨折を伴う骨粗鬆症	早老症
関節リウマチ	多系統萎縮症
糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症	慢性閉塞性肺疾患
初老期における認知症	脳血管疾患
両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症	がん(末期がん)

2 対象種目

1車椅子	自走用標準型車椅子、介助用標準型車椅子
2電動車椅子	普通型電動車椅子(チルト・リクライニング式も適用可能)
3車椅子付属品	クッション又はパッド、電動補助装置、テーブル、ブレーキ
4歩行器	歩行器、歩行車
5歩行補助つえ	松葉づえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホーム・クラッチ、多脚杖

3 介護保険法による介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設に入所中の取扱いについて

身体の状態等から、施設で備える既製品では対応できず、身体状況に合わせて個別に製作する必要がある場合は、障害者総合支援法において要否を検討(必要に応じてセンターに判定依頼を行います)したうえで給付ができます。

Ⅲ 判定依頼の留意点について

1 申請(相談)受付

流れ	チェックポイント
① 補装具費支給の対象者かを確認します。	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳内容との確認 傷病名、障害名(障害の左右)等が必要とする補装具と合っているか。 ・障害名追加又は障害程度変更等の必要はないか。 ・難病患者等の場合には、特定疾患医療費受給者証か、医師の診断書(任意様式)で確認
② どのような補装具を希望しているかを確認します。	<ul style="list-style-type: none"> ・補装具の種類、型式、使用目的、使用する生活環境等 ・職業上及び日常生活上で必要な補装具であることの確認。
③ 他制度の利用ができないかを検討します。	<ul style="list-style-type: none"> ・労災や交通事故関係の制度を利用できないか。 ・介護保険の福祉用具貸与と共通していないか。 (車椅子等) ・医療保険が適用(「治療用装具」)にならないか。 (義肢、装具等)
④ 意見書と見積書を確認します。	<ul style="list-style-type: none"> ・意見書は要件を満たす医師が作成したものか。 ・意見書に補装具の必要性が記載されているか。 ・意見書記載項目と見積書記載項目は一致しているか。 ・見積書各項目と告示で示された金額は一致しているか。
⑤ 購入(新規・再支給)、修理の別及び補装具の種別により判定依頼が必要かどうかを確認します。	<ul style="list-style-type: none"> ・複数の場合、各々の使用目的、使用場所、使用方法等、複数とする理由が明確か。 ・耐用年数以内の再支給、修理の場合はその理由は何か。

2 判定依頼

流れ	チェックポイント
① 判定依頼書(要領様式第1号)に必要な事項を全て記入しているかを確認します。	<ul style="list-style-type: none"> ・記載例参照願います。 ・必ず、迅速、一般について記載をお願いします。 書面判定の場合の治療用装具の有無については、「その他」の項目に記載願います。 ・来所・巡回相談の依頼の場合は巡回相談実施要領に定める判定依頼書を使用してください。
② 必要書類が整っているかを確認します。	<ul style="list-style-type: none"> ・特例補装具の場合のカタログ、施設入所中の方の様式第14号、補聴器の様式第19号については、特に添付忘れが多いです。ご確認をお願いします。 ・直接判定(来所・巡回相談)の場合は、意見書、見積書の添付は不要です。

Ⅳ その他

(1)「岩手県補装具費支給事務取扱要領」の一部改正について

補装具費支給事務取扱指針及び補装具費支給事務取扱要領の改正に伴い、令和6年4月1日より、「岩手県補装具費支給事務取扱要領」について、改正を行いました。詳細は通知にてご確認願います。(令和6年4月1日付け福相第89号「岩手県補装具費支給事務取扱要領」の一部改正について)

(2)「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準(第15次改正)」について

基準額改正をはじめ、新たな完成用部品の指定等、一部改正がございます。修理や再交付の際、これまでと見積記載方法が異なる可能性もありますので、判定依頼の要否については十分にご確認ください。

【参考】判定依頼書の記載方法

様式第1号

判定依頼書(迅速・一般)

月 日 号

岩手県福祉総合相談セン

・迅速、一般について必ず記載をお願いします。
 ・医師の診断書により、当該疾病が急速に進行するため迅速な支給が必要であると認められる場合、更生相談所の判定を要する種目については、申請受付から1週間以内の判定依頼をお願いします。

事務所長 (印)
 町 村 長 (印)

下記の者に対する判定を依頼します。

記

氏名	男・女	年 月 日生	住所
身体障害者手帳 (有・無)	〇〇県 第 号 年 月 日交付 (〇種〇級)		障害名
疾患名 ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 (<input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)			
医療保険名	特に補聴器の両耳装用、又は耳あな型を希望する場合は、必要とする理由を確認する必要があるため、就学・職業(就労内容)の状況を具体的に記載します。		
家族関係			
就学・職業の状況(社会活動・社会参加の状況を含む) ※補聴器の両耳装用、耳あな型を希望する場合は、具体的に記載願います。			
判定依頼事項	短下肢装具等、補装具の種類を記載します。		
	1 補装具	交付・借受け・修理の状況	
① 種目等 (新規・借受け・再支給・修理)		購入・借受け・修理	適用制度
② 判定依頼事由 購入・借受け・修理 借受けの意向 (有 期間 月) 無		購入・借受け・修理	購入・借受け・修理
		購入・借受け・修理	購入・借受け・修理
		購入・借受け・修理	購入・借受け・修理
現在受療中の医療機関名 (入院中の医療機関も、入院理由、通院見込、既往歴、合併症等)			
その他 (新規に装具を必要とする場合の治療用装具の有無、補聴器の両耳装用を必要とする理由、補聴器の耳あな型を必要とする理由、再交付の理由等)			

・新規判定依頼の場合、仮義足、治療用装具の使用の有無を記載してください。
 ・再交付、修理の場合は、その理由を記載してください。耐用年数以内の再支給や、複数を希望する場合はその理由について記載をお願いします。
 ・補聴器の両耳装用、又は耳あな型を希望する場合、両耳装用を必要とする理由、耳あな型を必要とする就労状況を記載して下さい。
 ・原則、直接判定のものを書類判定で依頼する場合は、その理由を記載して下さい。

【参考】車椅子調査書等の記載方法

様式第 11 号

車椅子調査書

本人氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
保険種別	国保・社保・共済・労災・生保・その他 ()		
職 業	(障害前) ----- (現在)		
自家用車	本人が使用する自家用車が ある ・ ない		
運転免許	本人は自動車免許を 所持している ・ 所持していない		
使用環境	屋内使用 可 ・ 不可	戸外使用 可 ・ 不可	
使用目的	いつも足の代わりに使う・介護による移動の時・その他 ()		
使用場所	自宅内・戸外・その他使用する場所 ()		
操作方法	自操できる・押ししてもらう		
乗り降り	自力でできる・介助を要する		
使用経験	車椅子を使用したことが ある ・ ない		
入院状況等	在宅・入院中・入所中 ・ 病院名 () ・ 退院の予定 (年 月頃) ・ 施設名 () ・ 退所の予定 (年 月頃)		
介護者の状況等	(日常介護を受けている場合、介護者の続柄、年齢、健康状態などを記載)		
車椅子付属品(特例)の必要な理由	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (記載例) 足の底屈・背屈があり、従来のフットサポートの調整では難しいことから、フルグラム・フットプレートが必要と思われる。 </div>		
車椅子使用についての意見	(※ 車椅子を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (記載例) 脳梗塞による両上下肢機能障害があり歩行が難しい。現在、平成 20 年に交付された車椅子を使用している。通院や外出に車椅子を使用しており、リハビリ訓練や家の中等では杖を用いて短距離の歩行はしている。家の中でも車椅子を使用できる環境が整っており、外出時にも車椅子を使用している。車椅子なしでは生活に制限をきたすため、本人の身体にあった車椅子の交付が必要と考える。また、身体に側弯があり、張り調整式バックサポートでの調整が必要と思われる。 左側への傾きが著しく、支えがないと左側への身体が傾くため、体幹パッドも必要と思われる。褥瘡防止のため、クッション及びクッション滑りどめ部品も必要である。 </div>		

クッション等の付属品や調整の必要な理由を記載願います。

リクライニングやティルト式の場合は、必要性を記載願います。

(注) この調査は、調査対象者の同意を得た上で実施する。調査結果は、調査対象者のプライバシーを保護するため、調査結果を公表しない。調査結果は、調査対象者のプライバシーを保護するため、調査結果を公表しない。調査結果は、調査対象者のプライバシーを保護するため、調査結果を公表しない。

(注) せっかく支給しても、使用環境が車椅子の利用に向かないため、ほとんど使われないことがあります。また、自分で操作できないのに自操式の車椅子を希望する場合があります。従って、使用環境、使用目的、自操の可否、乗降についての自立の度合い、体格等についての情報が車椅子の必要性の有無、種類などを判定する際の重要な指標になりますので、必ず身体障がい者福祉担当者が社会調査のうえ、記入してください。

補装具費支給(購入・修理)に係る意見書

(市町村長) 様

所属
職・氏名 印

このことについて、下記のとおり意見を申し述べます。

被 保 険 者 氏 名 (身 体 障 害 者)	性 別	被 保 険 者 番 号
	男・女	保 険 者 名
生 年 月 日	要 介 護 度	
住 所		
手 帳 番 号	岩 手 県 第 号 (年 月 日 交 付)	
障 害 名		
必 要 と す る 補 装 具		
補 装 具 費 支 給 が 必 要 な 理 由	(※ 該当項目に○を付してください) 1 障害者の身体状況から、標準的な既製品の福祉用具を貸与することの適否が明確でなく、医学的判断により対応するのが適当なため 2 障害者の身体的状況及び外見上明らかにオーダーメイドにより製作しなければならないと判断されるため	
	(具体的理由)	
そ の 他	対象者が介護保険の福祉用具貸与、介護保険老人施設、介護老人福祉施設、障害者支援施設入所者（旧身体障害者療護施設）、療養介護対象者の場合には添付してください。 ケアマネージャーや、施設の理学療法士等に記載をお願いしてください。既存の車椅子ではどのような不具合が生じているか記載をお願いします。	

注) (記載例)

- 1 障がいにより身体の○○の部分の○○の状態により車椅子の○○の部分に○○の機能が必要なため、介護保険制度の福祉用具貸与では対応できないため。
- 2 身体の○○の部分のサイズが○○cmである。既製品で対応できるのは、○cm～○cmまでなので、介護保険制度の福祉用具貸与では対応できないため。

【補聴器判定依頼時の注意点】

様式第6-2号

補装具費（購入・修理）支給意見書

（補聴器用）

氏名	男・女			年	月	日生（	歳）																																								
住所				職業																																											
障害名				等級	級																																										
原因となった疾病・外傷名	※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）																																														
医学的所見	1 今回の聴力測定結果（四分法）	右 _____ dB 左 _____ dB			500 1000 2000 Hz																																										
	2 オーディオメーターの形式	_____			聴力レベル	<table border="1"> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			0				10				20				30				40				50				60				70				80				90		
0																																															
10																																															
20																																															
30																																															
40																																															
50																																															
60																																															
70																																															
80																																															
90																																															
	3 鼓膜の状況	右 _____ 左 _____			イヤモールドの要・不要にチェックがあるか確認し、ない場合は、判定依頼の前に、医師に確認してください。																																										
	その他の所見	※難病患者等については、身体状況も記載すること。 _____																																													
補聴器の処方	補聴器（裏面注1）	_____			加算・付属品等																																										
	<input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型レディメイド <input type="checkbox"/> 耳あな型オーダーメイド <input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型 <input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型	<input type="checkbox"/> イヤモールド <input type="checkbox"/> デジタル補聴器調整 <input type="checkbox"/> 受信機（裏面注3） <input type="checkbox"/> ワイヤレスマイク（裏面注3） <input type="checkbox"/> オーディオチューナー <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）																																												
	医学的所見（処方理由）（裏面注3）	受信機、ワイヤレスマイク等の補聴システムを必要とする場合は加算・付属品等の欄から選択した上でその理由を医学的所見欄に記載してください																																													
その他	<input type="checkbox"/> 人工内耳用音声信号処理装置修理（裏面注4） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）																																														
補聴効果	<input type="checkbox"/> 会話がはっきり理解 <input type="checkbox"/> 会話が大体理解 <input type="checkbox"/> 会話はあまり理解できないが音の識別は可能 <input type="checkbox"/> 会話は全く理解できないが音の識別は可能 <input type="checkbox"/> 音の識別不能					種目名称別コード																																									
上記のとおり意見する。																																															
年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名																																															
						医師氏名																																									
						（印）																																									
（自署又は記名押印）																																															

※ 該当項目の□にチェックを入れてください。

【参考】補装具判定依頼対応表

1 センターでの判定が必要な補装具

	判定方法	必要書類	留意事項
義肢	骨格構造 【新規・再支給】 来所又は巡回による 【修理】 書類による判定を原則とする。 ただし、修理に要する費用が新規交付時の額の30%未満の場合は、市町村で判断	1 判定依頼書 2 補装具費支給(購入・修理)意見書(様式第2号又は第3号)の写 3 見積書(写)	・下肢切断の場合、仮義足による歩行訓練を経て本義足を装着することになります。 ・本義足は障害者総合支援法の対象ですが、仮義足は医療保険の対象です。 ・本義足の新規申請があった場合は、仮義足による練習が十分行われたかを確認してください。
	殻構造 【新規・再支給】 来所、巡回又は書類による 【修理】 市町村で判断	1 判定依頼書(様式第1号) 2 補装具費支給(購入・修理)意見書(様式第2号又は第3号(写)) 3 見積書(写)	・殻構造義手のうち、電動式義手については、下記のとおりです。
<電動式義手について> 電動式義手は特例補装具のため、来所・巡回相談による直接判定が必要です。判定依頼の際には、電動式義手調査書(様式第16号)を添付してください。 ※ 電動義手の適応となる対象者は次のとおりです。 1 生活上の条件 ・能動式の義手では、効果が期待できない強い把持力を要求される作業に従事する者 ・細かな作業をしなければならない者 2 その他 ・筋電位分離が可能である等、断端の専門的評価から適応可と判断される者 ・訓練等により電動義手の使用が可能と見込まれる者			
装具	【新規・再支給(医学的所見を必要とする場合)】 来所、巡回又は書類による(長下肢装具に限り新規購入に際しては、来所又は巡回による判定を要する。) 【再支給(医学的所見を必要としない場合)・修理】 市町村で判断	1 判定依頼書(様式第1号) 2 補装具費支給(購入・修理)意見書(装具)(写)(様式第4号) 3 見積書(写)	・治療用装具の有無を確認してください。原則、治療用装具が優先です。 ※治療用装具未作成場合は、治療用装具作成の可否について確認をお願いします。

姿勢保持装置	<p>【新規・再支給】 来所、巡回又は書類による</p> <p>【修理】 市町村で判断</p>	<p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書(姿勢保持装置用)(写)(様式第7号)</p> <p>3 見積書(写)</p>	
車椅子	<p>モジニラー式及びオーダーメイド式</p> <p>【新規】 原則としてセンターの書類判定による。</p> <p>【再支給】 市町村で判断 ただし、既購入の物と処方 が異なる場合はセンターの書類判定による。</p> <p>【修理】 市町村で判断</p>	<p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書(車椅子)(写)(様式第5号)</p> <p>3 見積書(写)</p> <p>4 車椅子調査書(様式第11号)</p> <p>5 補装具費支給(購入・修理)に係る意見書(様式第14号)(※介護保険対象者、施設入所者のみ)</p>	<p>・介護保険対象者(福祉用具貸与・介護老人保健施設・介護老人福祉施設)・障害者支援施設((旧)身体障害者療護施設)・療養介護利用者の場合は「補装具費支給(購入・修理)に係る意見書」(様式第14号)に介護保険の福祉用具貸与の場合には、ケアマネージャーに、施設利用者の場合には、療法士等に記載を依頼してください。</p> <p>・医療機関に入院中の方の車椅子については、当該施設で備えている車椅子では対応できない理由を調査のうえ、車椅子調査書(様式第11号)に記載してください。</p> <p>※ 特例補装具、特例部品を使用する場合は「特例補装具費支給(購入・修理)理由書」(様式第15号)が必要です。</p> <p>※ 内部障害のため車椅子を必要とする場合は、様式第9号を準用して添付すること</p>
<p>対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歩行障害があつて義肢・装具等の他の補装具によつても移動が困難な者 ・平衡機能障害、呼吸器機能障害、心臓機能障害によつて、歩行に著しい制限を受ける者であつて、医学的所見から適応が可能な者 			

<p>電動 車 椅子</p>	<p>【新規】 センターの来所又は巡回による。</p> <p>【再支給】 センターの来所又は巡回による。 ただし、<u>経年劣化等により既購入のものと同じ型式の電動車椅子を購入する場合は、センターの書類判定による。</u></p> <p>【修理】 市町村で判断</p>	<p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具支給費(購入・修理)意見書(電動車椅子用)(写)(様式第8-1号又は様式第8-2号)</p> <p>3 呼吸器機能障害、心臓機能障害、難病等で歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者の場合は、補装具費(購入・修理)意見書(電動車椅子用)(内部障害用)(様式第9号)も併せて添付。</p> <p>4 見積書(写)</p> <p>5 車椅子調査書(様式第11号)</p> <p>6 「電動車椅子調査書」(様式第12号) (※巡回・来所の前に<u>予め調査すること</u>)</p>	<p>※車椅子の留意事項に準ずる</p>
<p>補 聴 器</p>	<p>【新規】 センターの書類判定</p> <p>【再支給・修理】 市町村で判断 ただし、<u>既購入のものと処方が異なる場合は、センターの書類判定を必要とする。</u></p> <p>【補聴器留意事項】</p> <p>1 重度難聴用交付対象者は、原則として聴力レベル3級以上の者</p> <p>2 耳あな型の交付対象者は、ポケット型及び耳かけ形の使用が困難で真に必要な者 (例)耳介の欠損や変形又は皮膚炎のため耳掛け型の装用困難、建築現場等でヘルメットを常用しているため耳かけ型の使用ができない、調理師等で常に油煙、湯気のある場所で働いている等。 ※耳あな型オーダーメイドは、障害の状況、耳の形状等によりレディメイドでは対応が困難な者に限られます。</p> <p>3 骨導式の交付対象者は、伝音性難聴で耳漏が著しい者、外耳導閉鎖症で既製の耳栓やイヤモールドの使用が困難な者</p> <p>4 デジタルワイヤレスシステム(ロジャー等)の交付対象者は、重度難聴用耳掛け型を使用する者で、一斉授業を受ける等、主要な生活の場で遠いところからの会話を聴取する必要がある場合。</p> <p>※留意点1 「補装具支給費意見書」には以下の事項を記載してもらうこと。</p> <p>1 イヤモールドの必要性</p> <p>2 医学的必要からポケット型・耳かけ型以外の型式を選択する場合はその理由</p> <p>3 4級から6級の者に重度難聴用を選択した場合はその理由</p> <p>4 両耳装用を必要とする場合はその理由</p>	<p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書(その他の補装具)(写)(様式第6-2号)</p> <p>3 見積書(写)</p> <p>4 デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を要する者の証明(様式第19号)(※デジタル補聴器の調整を要する場合)</p>	<p>※ 補聴器の種類及び留意事項については次欄のとおり</p> <p>※ デジタル補聴の調整後は、デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を要する者の証明(様式第20号)で確認のこと</p>

	<p>5 耳あな型を必要とする場合その理由 6 デジタル補聴器の要・不要</p> <p>※留意点2 「判定依頼書」には以下の事項を記載すること。 1 判定依頼書の就学・職業の状況欄に、両耳装用、耳あな型を必要とする状況を明らかにするため、具体的な就労内容等を記載すること。 2 「判定依頼書」の「その他」には以下について記載すること。 ① 補聴器装用を開始した時期 ② 両耳装用を開始した時期 ③ 両耳装用、耳あな型を必要とする理由 ※ 職業上及び教育上、真に必要とする理由等を記載。</p>			
<p>重度障害者用意思伝達装置</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="193 548 630 918"> <p>【新規・借受け】 センターの書類判定</p> <p>【再支給・修理】 市町村で判断ただし、既購入のものとの処方異なる場合は、センターの書類判定を必要とする。</p> <p>※判定依頼書送付前に事前にご連絡をお願いします。</p> </td> <td data-bbox="630 548 1045 918"> <p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書(重度障害者用意思伝達装置用)(写)(様式第10号)</p> <p>3 重度障害者用意思伝達装置調査書(様式13号)</p> <p>4 見積書(写)</p> </td> <td data-bbox="1045 548 1441 918"> <p>対象</p> <p>・重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。</p> <p>・難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。</p> </td> </tr> </table>	<p>【新規・借受け】 センターの書類判定</p> <p>【再支給・修理】 市町村で判断ただし、既購入のものとの処方異なる場合は、センターの書類判定を必要とする。</p> <p>※判定依頼書送付前に事前にご連絡をお願いします。</p>	<p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書(重度障害者用意思伝達装置用)(写)(様式第10号)</p> <p>3 重度障害者用意思伝達装置調査書(様式13号)</p> <p>4 見積書(写)</p>	<p>対象</p> <p>・重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。</p> <p>・難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。</p>
<p>【新規・借受け】 センターの書類判定</p> <p>【再支給・修理】 市町村で判断ただし、既購入のものとの処方異なる場合は、センターの書類判定を必要とする。</p> <p>※判定依頼書送付前に事前にご連絡をお願いします。</p>	<p>1 判定依頼書(様式第1号)</p> <p>2 補装具費支給(購入・修理)意見書(重度障害者用意思伝達装置用)(写)(様式第10号)</p> <p>3 重度障害者用意思伝達装置調査書(様式13号)</p> <p>4 見積書(写)</p>	<p>対象</p> <p>・重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。</p> <p>・難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。</p>		

(注) 重度障害者用意思伝達装置支給が認められた場合、重度障害者用意思伝達装置支給状況報告書(様式第19号)をセンターに提出してください。(提出時期は納品後1か月とする。)

2 市町村で判断する補装具

	支給方法等	説明
車椅子レディメイド	<p>【新規・再支給・修理】</p> <p>標準的な既製品</p>	<p>・基準額の75%の範囲内の額とする。</p> <p>・介護保険との適用関係に留意する。</p>
視覚障害者安全つえ	<p>【新規・再支給・修理】</p>	<p>・視力の低下や視野狭窄により盲人安全杖がなければ歩行の安全を図れない者が適応となります。</p> <p>・普通用と携帯用があります。</p>
歩行器	<p>【新規・借受け・再支給・修理】</p>	<p>・介護保険との適用関係については、介護保険による福祉用具が優先されます。</p> <p>・杖のみでは、重心が不安定になり立位や歩行が困難な者の歩行補助のための用具です。</p> <p>・フレームの下端に車輪又はキャスターが付いていて、手あるいは腕などで身体を支える歩行補助用具「歩行車」、フレームの接地面にゴムが付いたもので、握り以外に支持部のない歩行補助用具「歩行器」(使用者の体を取り囲むようなフレームを持ち、安定した構造を持っている)があります。</p>

歩行補助つえ	【新規・再支給・修理】	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険との適用関係については、介護保険による福祉用具が優先されます。 松葉づえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランドクラッチ、多脚杖、プラットホーム杖は、介護保険の対象なので介護保険の適用について十分検討してください。 歩行障害があり、支持が必要な状態の者を対象とします。
義眼	【新規・再支給】 ※一体成形という用具の構造上、修理は不可能	<ul style="list-style-type: none"> レディメイド 既製品。眼球摘出や著しい小眼球のため眼の機能を果たしていない場合に眼球の形をしたものを内側に挿入して利用します。 オーダーメイド 眼球摘出後に眼内容に適合するよう特殊加工したものが必要な場合
人工内耳用音声信号処理装置	【修理】 R2.4 から補装具費の対象	<ul style="list-style-type: none"> 補装具費支給意見書(その他の補装具用)(様式第6号)、人工内耳用音声信号処理装置確認票(様式第21号)により、補装具業者が修理可能であること、医療保険給付で行われる交換ではないこと、補装具業者の保証期間内でないことの確認をしてください。
	支給方法等	説明
眼鏡等	矯正用	【新規・再支給・修理】 <ul style="list-style-type: none"> 視力障害による身体障害者手帳が交付されており、眼鏡が有効と判断された場合に交付します。 購入基準価格の内訳は、レンズ2枚+枠の価格です。
	遮光用	【新規・再支給・修理】 <ul style="list-style-type: none"> 視覚障害により身体障害者手帳を取得していること。 羞明を来していること。 羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療法がないこと 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定・処方であること。
	コンタクトレンズ	【新規・再支給】 <ul style="list-style-type: none"> 強度の屈折異常や無水晶体等により視力低下があり、コンタクトレンズにて視力が改善される者 価格は、レンズ1枚分になります。
	弱視用	【新規・再支給・修理】 <ul style="list-style-type: none"> 視力が弱く、矯正眼鏡、コンタクトレンズを使用しても矯正ができない場合に物体を拡大して見る必要のある者 ルーペを眼鏡に組み込んだ掛けめがね式(主に近用として使用される)と手に持って使用する焦点調節式(望遠鏡型で主に遠用に使用される)の2種類のタイプが

		<p>あります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高倍率弱視眼鏡(3倍以上のもの)は、職業上、又は教育上真に必要な者
座位保持椅子	<p>【新規・借受け・再支給】 児童のみ</p>	<p>対象</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体幹機能障害等により座る姿勢が保てない障がい児童。 ・体幹・股関節等を固定させるためのパッド等の付属品を装着する等、身体障がい児であるが故に使用することが想定される形状を有し、座位保持を可能とする機能を有する用具。
起立位保持具	<p>【新規・再支給】 児童のみ</p>	<p>対象</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体幹機能障害等により立位保持が困難な児童。
頭部保持具	<p>【新規・再支給】 児童のみ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・障害により頭部の安定を図ることが困難な児童。 ・車椅子や座位保持椅子に取り付けて使用されるもので、単体で用いられることはありません。
排便補助具	<p>【新規・再支給】 児童のみ</p>	<p>対象</p> <ul style="list-style-type: none"> ・座位による排便が困難な児童。 ・パッド等の装着又は背もたれまたは肘かけを有するいす状のもの。座位を保持しつつ排便することを可能にする機能を有するもので移動可能なものです。

(注)以上の表は、あくまでも対象者の例を示しているもので、支給の判断に当たっては、個別の身体状況や生活環境等を十分に考慮すること。

岩手県補装具費支給事務取扱要領

1 目的

補装具を必要とする身体障がい者、身体障がい児及び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令第1条に規定する特殊の疾病に該当する難病患者等（以下「身体障がい者・児」という。）に対する補装具費の給付に係る判定事務について、「補装具費支給事務取扱指針について」（平成30年3月23日障発0323第31号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）（以下「取扱指針」という。）に定めるもののほか、この要領に定めるところによることとし、身体障がい者・児に対する補装具費支給事務の適正かつ迅速な執行に資することを目的とする。

2 要否判定の区分

(1) 岩手県福祉総合相談センター（以下「センター」という。）の判定を必要とする補装具

① 新規支給

義肢、装具、姿勢保持装置、補聴器、車椅子（モジュラー式及びオーダーメイド）、電動車椅子及び重度障害者用意思伝達装置に係る新規支給

② 再支給

義肢、装具※、姿勢保持装置、電動車椅子、補聴器※、車椅子（モジュラー式及びオーダーメイド）※及び重度障害者用意思伝達装置※に係る再支給

※ 障がい状況の変化、身体障がい者本人の希望等により既に支給の補装具と処方が異なる場合。

③ 修理

修理に要する費用が製作時費用の30%以上の骨格構造義肢

(2) センターの判定を必要としない補装具

① 指定自立医療機関（育成医療機関）又は保健所の医師が記載した補装具費支給要否意見書（以下「意見書」という。）で判断できる児童用補装具（特例補装具を含む。）の新規支給、再支給、修理（座位保持椅子については、借受けも含む。）

なお、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医が作成した意見書の場合、センターでの技術的助言が必要となること。

② 義眼、眼鏡、人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る。）、車椅子（レディメイド）及び歩行器に係る新規支給、再支給又は修理（いずれも医学的所見を必要とするものに限る。歩行器については借受けも含む。）

③ 市町村が申請書等で要否判断できる補装具

ア 視覚障害者安全つえ及び歩行補助つえの新規支給、再支給又は修理

イ 装具、補聴器、車椅子（モジュラー式及びオーダーメイド）及び重度障害者用意思伝達装置に係る医学的所見を必要としない再支給（障がい状況の変化がなく、身体障がい者本人の希望等により既に支給の補装具と処方が同じ場合。）

ウ 医学的所見を必要としない修理（骨格構造義肢で修理に要する費用が製作時費用の30%未満の場合、それ以外の補装具について構造や処方に変更がない場合。）

3 要否判定・判断の方法

(1) センターが行う要否判定

センターの判定を必要とする補装具については、来所又は巡回相談会における判定（以下「直接判定」という。）若しくは意見書による判定（以下「書類判定」という。）を行うが、その実施区分は次のとおりとする。

① 直接判定のみ行う補装具

骨格構造義肢、殻構造義肢電動式義手及び電動車椅子（電動車椅子については、②に掲げる場合を除く。）

② 直接判定又は書類判定を行う補装具

殻構造義肢、装具、姿勢保持装置及び電動車椅子（修理不能となったことのみで、同じ型式の電動車椅子について再支給する場合に限る。）

③ 書類判定を行う補装具

補聴器、車椅子（モジュラー式及びオーダーメイド）及び重度障害者用意思伝達装置

(2) 市町村が行う要否判断

① 上記2の(2)の①、②に規定する補装具については、意見書により要否を判断すること。

なお、市町村において判断が困難な場合は、センターに相談すること。

② 上記2の(2)の③に規定する補装具については、申請者の障がい程度や生活状況を確認のうえ要否の判断を行うこと。

4 書類判定

(1) 手続き

市町村は、センターの書類判定を必要とする補装具費支給の申請があったときは、判定依頼書（様式第1号）及び(3)から(5)に掲げる書類に見積書（写）を添付してセンター所長に提出すること。なお、その際には以下の他制度との適用関係に十分に留意の上で行うこと。

- ① 損害賠償制度
- ② 業務災害補償制度
- ③ 医療保険制度における治療用装具・仮義足
- ④ 介護保険法による福祉用具貸与

(2) 補装具費支給意見書を記載できる医師の要件

補装具費支給意見書（以下「意見書」という。）を記載できる医師は以下の表のとおりとする。

	身体障がい者	身体障がい児	難病患者等
身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医	○	○	○
指定自立支援医療機関の医師(所属学会認定の専門医)	○	○	○
国立身体障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師	○	○	○
保健所の医師	—	○	○
難病法第6条第1項に基づく指定医師	—	—	○

(3) 意見書の様式

意見書は次の補装具ごとに作成するものとし、その様式は別紙のとおりとする。

- ① 様式第 2 号 義手用
- ② 様式第 3 号 義足用
- ③ 様式第 4 号 装具用
- ④ 様式第 5 号 車椅子用
- ⑤ 様式第 6-1 号 義眼・眼鏡用
- ⑥ 様式第 6-2 号 補聴器用
- ⑦ 様式第 6-3 号 その他の補装具用
- ⑧ 様式第 7 号 姿勢保持装置用
- ⑨ 様式第 8-1 号 標準型電動車椅子用
- ⑩ 様式第 8-2 号 簡易型電動車椅子用
- ⑪ 様式第 9 号 電動車椅子用（内部機能障害用）
- ⑫ 様式第 10 号 重度障害者用意思伝達装置用

その他、意見書に併せて必要な様式は以下のとおりとする。

種目	様式
殻構造義肢電動式義手	様式第 16 号 殻構造義肢電動式義手調査書
車椅子	様式第 11 号 車椅子調査書 ※様式第 14 号 補装具費支給（購入・修理）に係る意見書 介護保険の福祉用具貸与の対象者、介護老人保健施設又は介護老人福祉施設若しくは障害者支援施設の入所者（旧身体障害者療護施設）、療養介護利用者の場合には添付のこと
電動車椅子	様式第 11 号 車椅子調査書 様式第 12 号 電動車椅子調査書 ※様式第 14 号 補装具費支給（購入・修理）に係る意見書 介護保険の福祉用具貸与の対象者の場合には添付のこと
補聴器	様式第 6-2 号 補聴器用 ※様式第 19 号 デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明 補聴器がデジタル補聴器の場合で、デジタル補聴器の装用に関し言語聴覚士、認定補聴器技能者による調整を行う場合には添付のこと ※様式第 20 号 デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明 デジタル補聴器の装用に関し言語聴覚士、認定補聴器技能者

	による調整後、市町村に領収書とともに提出のこと
重度障害者用意思伝達装置	様式第 13 号 重度障害者用意思伝達装置調査書 ※様式第 18 号 重度障害者用意思伝達装置使用状況報告書 納品から 1 か月後を目途に提出のこと

(4) 特例補装具（指針第 2 の 1 の(2)に規定する補装具）

① 判定依頼の手続

指定自立支援医療機関又は保健所の医師が記載した児童用の特例補装具を除き、センターの判定を必要とする特例補装具費支給の申請があったときは、判定依頼書に次の書類を添付してセンター所長に提出すること。なお、基準内のものでは対応できないかを検討の上で対応すること。

- (ア) 様式第15号 特例補装具費支給（購入・修理）理由書
- (イ) 意見書 (3)に定める該当する補装具の意見書等
- (ウ) 特例補装具の名称・形式等を判別できるカタログ・仕様書等
- (エ) 特例補装具の価格を証する書類（見積書等）

② 要否判定の方法

センターに判定依頼があった場合、特例補装具の新規支給、再支給又は医学的所見が必要な修理について、センターにおいて、6のとおり判定書により市町村に通知する。

(5) 難病患者に対する補装具の支給

難病患者については、身体障害者手帳を所持していない場合も、補装具費支給の対象となるが、特定疾患及び難病患者であることの確認については、医師の診断書（任意様式）又は特定疾患医療受給者証の写しを添付の上、疾病との因果関係が認められる症状や障がいに対するものであることが要件であること。

その上で、4の(3)に掲げる意見書に、症状の日内変動や重度の症状が出現した場合の状態を踏まえ、補装具を必要とする理由等を医師に記載いただき、市町村は次の書類をセンター所長に提出すること。

様式第17号 難病の症状等に係る調査書

なお、医師の診断書により、当該疾病が急速に進行するため迅速な支給が必要であると認められる場合には、次の書類を作成するとともに、更生相談所の判定を要する種目にあつては、様式第1号の判定依頼書により申請受付から1週間以内に更生相談所に迅速判定を依頼し、更生相談所の判定を要しない種目にあつては、1週間以内に支給決定を行うなど、迅速な対応に努めること。

様式第 22 号 迅速判定に係る調査書

5 借受けについて

(1) センターの判定を必要とする補装具

- ① 義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品
- ② 重度障害者用意思伝達装置

(2) 判定の区分

3の(1)に準じて行う。

(3) 手続き

書類判定の場合、市町村は4の(3)の補装具に係る意見書、見積書（写）を添付し、判定依頼を行う。

なお、借受けにあたっては、判定依頼書（様式第1号）に申請者の意向、借受け期間を記載すること。

6 判定書の交付

市町村から判定依頼を受けた場合、センターは要否判定の結果を判定書（様式第23号）により市町村に通知する。

7 適合判定

センターが判定を行った補装具については、原則としてすべて適合判定を受けなければならない。

ただし、当面の間、補装具引き渡し後、9か月以内に生じた破損又は不適合、修理した部位について、3か月以内に生じた不適合について、支給対象者から申し出のあった場合に行う。

なお、災害等、本人の過失、生理的又は病理的变化、目的外使用、取扱い不良により生じた破損や不適合は除く。

附 則

- 1 この要領は、平成30年5月7日から適用する。
- 2 従前の「補装具及び自立支援医療（更生医療）判定事務取扱要領」は、平成30年5月6日限り廃止する。

附 則

- 1 この要領は、平成31年4月1日から適用する。

附 則

- 1 この要領は、平成31年4月24日から適用する。

附 則

- 1 この要領は、令和2年4月1日から適用する。

附 則

- 1 この要領は、令和3年4月12日から適用する。

附 則

- 1 この要領は、令和4年4月1日から適用する。

附 則

- 1 この要領は、令和4年8月15日から適用する。

附 則

- 1 この要領は、令和5年4月1日から適用する。

附 則

- 1 この要領は、令和6年4月1日から適用する。

【参考】

福祉総合相談センターにおける補装費支給に係る判定の取扱い

種目	区分	新規 (完成用部品の借受けも含む)		再支給 (完成用部品の借受けも含む)		借受け	修理	
		要否	適合	要否	適合		要否	適合
義肢	骨格構造	◎	◎	◎	◎	—	●注1	×
	殻構造	○	◎	○	◎	—	△	×
	殻構造義肢電動式義手	◎	◎	◎	◎	—	●注1	×
装具	医学的所見を必要とする場合	○注2	◎	○	◎	—	△	×
	医学的所見を必要としない場合	—	—	△	×	—	△	×
姿勢保持装置		○	◎	○	◎	—	△	×
視覚障害者安全つえ		△	×	△	×	—	△	×
眼鏡等	矯正眼鏡	△	×	△	×	—	△	×
	コンタクトレンズ	△	×	△	×	—	△	×
	義眼	△	×	△	×	—	△	×
	遮光用	△	×	△	×	—	△	×
	弱視用	△	×	△	×	—	△	×
補聴器		●	◎	△注3	×	—	△	×
車椅子	手押し型レディメイド式	△	×	△	×	—	△	×
	レディメイド式	△	×	△	×	—	△	×
	モジュラー式及びオーダーメイド式	●	◎	△注3	×	—	△	×
電動車椅子		◎	◎	◎注4	◎	—	△	×
歩行器		△	×	△	×	△	△	×
歩行補助つえ注5		△	×	△	×	—	△	×
人工内耳用音声信号処理装置修理		—	—	—	—	—	△	×
重度障害者用意思伝達装置注6		●注7	◎	△注3	×	●	△	×

- 注1 修理に要する費用が製作時費用の30%未満の場合は、市町村において判断する。
- 注2 装具のレディメイドについても、センターの判定を必要とする。また、長下肢装具に限り、新規支給に際しては来所又は巡回による判定を必要とする。
- 注3 障がい状況の変化、身体障がい者本人の希望等により既に支給の補装具と処方が異なる場合は、センターの書類による判定を必要とする。
- 注4 経年劣化等により、既に支給と同じ形式の電動車いすを支給する場合は、センターの書類による判定ができる。
- 注5 一本杖（日常生活用具）を除く。
- 注6 市町村において相談を受けた段階でセンターと判定方法を協議すること。
- 注7 支給が認められた場合、重度障害者用意思伝達装置支給状況報告書（様式第18号）をセンターに提出すること。（提出時期は納品後1か月とする。）

- ◎：センターの来所相談又は巡回相談により判定するもの。
- ：来所相談、巡回相談又は書類判定によるもの。
- ：センターにおいて書類により判定するもの。
- △：市町村において判断するもの。
- ×：適合判定を要しないもの。

【質問】

装具^①の再支給^②において医学的所見^③の要否^④をどのように判断するのか。

【回答】

- ① 装具とは、下肢装具・靴型装具・体幹装具・上肢装具です。
- ②-1 再支給とは、センターにおいて判定を受けて補装具費の支給を行った装具について、再支給の申請があり、市町村が支給を決定することです。
- ②-2 申請があったとき、現在使用している装具がセンターの判定を受けているかどうか確認します。センターの判定を受けていない「治療用装具」を使用しているときは、2回目の装具であっても新規に判定を必要とします。
- ②-3 前回支給年月日から耐用年数以内かどうか確認します。例として、短下肢装具両側支柱は3年、短下肢装具硬性支柱なしは1.5年、靴型装具は1.5年となっています。耐用年数以内の破損や故障は原則として修理となりますので確認します。耐用年数を超えたもの又は耐用年数以内であっても修理等が困難な場合は、医学的所見を必要とするかどうか検討をします。
- ③ 医学的所見とは、センターが行う判定のことです。
- ④-1 医学的所見を必要とする場合は、センターに判定依頼します。
- ④-2 医学的所見を必要としない場合は、市町村において支給の判断をします。
- ④-3 医学的判定を必要としない場合とは、次のア～ウのすべてを満たす場合です。
 - ア 障害状態に変化なし⇒申請者等から聴取して確認します。「等」には家族、医療・介護等関係者が対象になります。
 - イ 申請者が前回と同じ装具を希望⇒申請者等の意向によります。
 - ウ 前回の装具と同じもの⇒申請者等から提出された製作者の見積書により確認します。
- ④-5 同じ装具であることの確認方法は以下のとおりです。
 - (ア) センターの判定書の名称、処方を確認する。
 - (イ) 見積書の名称、製作項目を確認する。
 - (ウ) 同一の場合は同じ装具となります。
 - (エ) 基準改正により価格には相違が生じます。
 - (オ) 加算要素に相違がある場合には、センターに照会します。基本構造が同じであれば一部の加工については変更なしにする場合があります。

判定依頼書(迅速・一般)

第 号
年 月 日

岩手県福祉総合相談センター所長 様

福祉事務所長 (印)
町 村 長 (印)

下記の者に対する判定を依頼します。

記

氏名		男・女	年 月 日生	住所		
身体障害者手帳 (有・無)	〇〇県 第 号 年 月 日交付 (〇種〇級)		障害名			
疾患名 ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 (<input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)						
医療保険名						
家族関係						
就学・職業の状況(社会活動・社会参加の状況を含む) ※補聴器の両耳装用、耳あな型を希望する場合は、具体的に記載願います。						
判定依頼事項 1 補装具 ① 種目等 (新規・借受け・再支給・修理) ② 判定依頼事由 購入・借受け・修理 借受けの意向 (<input type="checkbox"/> 有 期間 月) (<input type="checkbox"/> 無)			最近5年間の補装具の交付・借受け・修理の状況			
			年 月	補装具種目等	購入・修理	適用制度
					購入・借受け・修理	障がい・難病
					購入・借受け・修理	障がい・難病
					購入・借受け・修理	障がい・難病
					購入・借受け・修理	障がい・難病
現在受療中の医療機関名 (入院中の医療機関名、入院理由、退院見込、既往歴、合併症等)						
そ の 他 (新規に装具を必要とする場合の治療用装具の有無、補聴器の両耳装用を必要とする理由、補聴器の耳あな型を必要とする理由、再支給の理由等)						

氏名			生年月日	年 月 日 () 歳		性別	男・女
住所							
医学的 所見	疾患名		切断部位	左 右 両		職業 (具体的に)	
	障害名		断端長	cm			
	障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由が明確になるように記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速な手続きが必要な医学的理由についても記載する。）						
進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般							
種目	殻構造・骨格構造		採型区分	A - ()		種目名称別コード	
名称	1. 肩義手用 2. 上腕義手用 3. 肘義手 4. 前腕義手 5. 手義手 6. 手部義手 7. 手指義手	型 式 ・ 基 本 価 格	1. 能動式 2. 電動式 3. その他 <input type="checkbox"/> 装飾用 <input type="checkbox"/> 作業用	加 算		1. 肩甲胸郭間切断用 2. 吸着式 3. 顎上懸垂式 4. スプリットソケット 5. チェックソケット <input type="checkbox"/> シリコン又はライナー <input type="checkbox"/> 透明チェックソケット	

【製作要素価格】

ソケット	1. 皮革 2. 熱硬化性樹脂 3. 熱硬化性樹脂（電動式） 4. 熱可塑性樹脂 5. 熱可塑性樹脂（電動式）	イン ソフ ト	1. 皮革 2. 軟性発泡樹脂 3. 皮革・軟性発泡樹脂	支 持 部	殻構造 1. 能動式 <input type="checkbox"/> 肩部 2. 電動式 <input type="checkbox"/> 上腕部 a. 熱硬化性樹脂 b. 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 前腕部 a. 熱硬化性樹脂 b. 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 手部	骨格構造 <input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 肘義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用 <input type="checkbox"/> 形状、接続部の修正
	義手用ハーネス		1. 肩義手用 a. 胸郭バンド式肩ハーネス一式 b. 肩たすき一式 2. 上腕義手用 3. 肘義手用 a. 胸郭バンド式上腕ハーネス一式 b. 肩たすき一式 c. 8字ハーネス一式 4. 前腕義手用 5. 手義手用 6. 手部義手用 a. 胸郭バンド式前腕ハーネス一式 b. 8字ハーネス一式 c. 9字ハーネス一式 d. たわみ継手（一組） e. Yストラップ f. 上腕カフ（三頭筋パッド）		外 装	殻構造 <input type="checkbox"/> 肩部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 <input type="checkbox"/> 上腕部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 <input type="checkbox"/> 前腕部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装
断端袋	1. 上腕用 2. 前腕用					

【完成用部品価格】

完成用部品	
-------	--

特記事項、使用者の希望事項など記述すること

（借受けの希望 有・無）

使用効果見込み（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する）

上記のとおり意見する。

年 月 日
病院又は診療所の名称
所 在 地
診 療 担 当 科 名

医師氏名

（印）

（自署又は記名押印）

氏名			生年月日	年 月 日 () 歳		性別	男・女	
住所								
医学的 所見	疾患名		切断部位	左 右 両		職業 (具体的に)		
	障害名		断端長	cm				
障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由が明確になるように記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速な手続きが必要な医学的理由についても記載する。）								
							進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般	
種目	殻構造・骨格構造		採型区分	B - ()		種目名称別コード		
名称・型式	殻構造			骨格構造				
	1. 股義足							
	2. 大腿義足	a.差込式 b.ライナー式 c.吸着式			a.差込式 b.ライナー式 c.吸着式			
	3. 膝義足	a.差込式 b.ライナー式 c.吸着式			a.差込式 b.ライナー式 c.吸着式			
	4. 下腿義足	a.差込式 b.PTB式 c.PTS式 d.KBM式 e.TSB式			a.差込式 b.PTB式 c.PTS式 d.KBM式 e.TSB式			
	5. サイム義足							
	6. 足根中足義足	a.鋼板入り b.足袋式 c.下腿部支持式						
基本価格	1. 差込式	6. KBM式	加算	1. 片側骨盤切断用				
	2. ライナー式	7. TSB式		2. 短断端切断用キャップシャフト				
				3. 坐骨収納型ソケット				
				4. 大腿支柱付き				
				5. チェックソケット <input type="checkbox"/> シリコン又はライナー <input type="checkbox"/> 透明プラスチック				

【製作要素価格】

ソケット	1. 熱硬化性樹脂 2. 熱可塑性樹脂 3. 木製 4. 皮革 <input type="checkbox"/> エアクッションソケット <input type="checkbox"/> カーボンストックソケット <input type="checkbox"/> 下腿部支持式	インサート	1. 皮革 2. 軟性発泡樹脂 3. 皮革・軟性発泡樹脂 4. 皮革・フェルト 5. シリコン	支持部	殻構造義肢		骨格構造義肢	
			1. 股部 2. 大腿部 a.木製 b.熱硬化性樹脂 3. 下腿部 a.木製 b.熱硬化性樹脂 4. 足部 <input type="checkbox"/> 土台修正 <input type="checkbox"/> 鉄脚使用		1. 股義足用 2. 大腿義足用 3. 膝義足用 4. 下腿義足用 <input type="checkbox"/> 土台修正			
義足懸垂用部品	1. 股義足用 a. 懸垂帯一式 2. 大腿義足用 a. シレジアバンド一式 c. 腰バンド 4. 下腿義足用 a. 腰バンド c. 大腿コルセット一式			外装	殻構造義肢		骨格構造義肢	
	3. 膝義足用 b. 肩吊り帯 d. 義足用股吊帯一式 d. PTB 膝カフ一式 b. 横吊帯 d. PTB カフベルト一式				1. 股部 2. 大腿部 3. 下腿部 4. 足部	a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 d. リアルソックス e. 表革 f. 裏革	1. 股義足用 2. 大腿義足用 3. 膝義足用 4. 下腿義足用 <input type="checkbox"/> リアルソックス	
断端袋	1. 大腿用 2. 下腿用							

【完成用部品価格】

完成用部品	
-------	--

特記事項、使用者の希望事項など記述すること

(借受けの希望 有・無)

使用効果見込み（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する）

上記のとおり意見する。

年 月 日
病院又は診療所の名称
所在地
診療担当科名

医師氏名

(印)

(自署又は記名押印)

氏名	生年 月日		年 月 日()歳		性別	男・女
住所						
医学的所見	疾患名	障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 (<input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)		部位	左右両	職業 (具体的に)
	障害名			断端長	cm	
	障害・疾患等の状況 (注: 下記補装具を必要と認める理由が明確になるように記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速な手続きが必要な医学的理由についても記載する。)					
進行性疾患: <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き: <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般						

区分、名称、基本構造 基本価格

1 下肢装具	A-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸					
	1 股装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性 D. ツイスター	2 長下肢装具 A. 硬性 B. 両側支柱付 C. 片側支柱付	3 膝装具 A. 硬性 B. 両側支柱付 C. 片側支柱付 D. 軟性	4 短下肢装具 A. 硬性 B. 両側支柱付 C. 片側支柱付 D. 後方支柱付 E. 軟性	5 足装具 A 足底装具 B. Denis-Browne(デニスブラウン)型 <input type="checkbox"/> 補高足部 <input type="checkbox"/> チェック用装具(大腿部・下腿部・足部)		
2 靴型装具	B-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸		3 体幹装具	C-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸	
	A. 長靴 B. 半長靴(編上靴) C. チャッカ靴 D. 短靴				1 頸椎装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性 D. 斜頸矯正用枕	2 胸腰仙椎装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性	3 腰仙椎装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性
4 上肢装具	D-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸					
	1 肩装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性	2 肘装具 A. 硬性 B. 両側支柱付 C. 軟性	3 手関節装具 A. 硬性 B. 両側支柱付 C. 片側支柱付	D. 軟性 E. 掌側(背側)支柱付	4 手装具 A. 硬性 B. フレーム	5 指装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性	<input type="checkbox"/> BFO <input type="checkbox"/> PSB

【製作要素価格】

1. 下肢装具	
a. 継手 (1)股継手 (2)膝継手 (3)足継手 固定式 <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 固定式 遊動式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手 <input type="checkbox"/> プラスチック継手	c. その他の加算要素 <input type="checkbox"/> 膝サポーター(支柱付き・支柱なし) ※オーダーメイドの処方理由 <div style="border: 1px dashed black; height: 50px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> キャリパー <input type="checkbox"/> ツイスター(硬性・軟性) <input type="checkbox"/> Denis-Browne(デニスブラウン)型 <input type="checkbox"/> 膝当て <input type="checkbox"/> T・Yストラップ <input type="checkbox"/> スタビライザ <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 伸展・屈曲補助装置 <input type="checkbox"/> 補高足部 <input type="checkbox"/> 足底裏側(すべり止め用) <input type="checkbox"/> 高さ調節 <input type="checkbox"/> 内張り (大腿部・下腿部・足部・足底部) <input type="checkbox"/> 足底装具屋内用ベルト
b. 支持部 (1)大腿支持部 (2)下腿支持部 (3)足部 A 半月 A 半月 A あぶみ B 皮革等 B 皮革等 B 足部 1.カフバンド 2.大腿コルセット 1.カフバンド 2.下腿コルセット 1.足部覆い C 硬性 C 硬性 2.標準靴 1.熱硬化性樹脂 1.熱硬化性樹脂 3.硬性(熱硬化性樹脂) 2.熱可塑性樹脂 2.熱可塑性樹脂 4.硬性(熱可塑性樹脂)	
<input type="checkbox"/> 大腿支持部坐骨支持式 <input type="checkbox"/> 下腿支持部 (PTB式・PTS式・KBM式) <input type="checkbox"/> 足板の補強 <input type="checkbox"/> カーボン使用(大腿支持部・下腿支持部・足部)	

2 靴型装具	
a.製作要素 <input type="checkbox"/> グッドイヤー式 <input type="checkbox"/> マッケイ式 (1)患側(整形靴・特殊靴) (2)健側 <input type="checkbox"/> 短靴 <input type="checkbox"/> チャッカ靴 <input type="checkbox"/> 短靴 <input type="checkbox"/> チャッカ靴 <input type="checkbox"/> 半長靴 <input type="checkbox"/> 長靴 <input type="checkbox"/> 半長靴 <input type="checkbox"/> 長靴	b.付属品等の加算要素 <input type="checkbox"/> 月型の延長 <input type="checkbox"/> スチールパネ入り <input type="checkbox"/> トウボックス補強 <input type="checkbox"/> 鉛板の挿入 <input type="checkbox"/> 足背ベルト <input type="checkbox"/> ベルト(裏付き)の追加 <input type="checkbox"/> 補高(敷き皮式 cm・靴の補高 cm) <input type="checkbox"/> ヒール補正(トルクヒール・ウェッジヒール等) <input type="checkbox"/> 足底の補正(内側、外側ソールウェッジ・テンパーバー等)

3. 体幹装具	
a.支持部 (1)頸椎支持部 A 硬性(支柱付き・なし) B フレーム C カラー(あご受けあり・なし) (2)胸椎支持部 A 硬性(支柱付き・なし) B フレーム C 軟性 (3)腰椎支持部 A 硬性(支柱付き・なし) B フレーム C 軟性	b.その他の加算要素 (1)体幹装具付属品 (2)側弯症装具付属品 (3)内張り <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> ミルウォーカー型付属品一式 <input type="checkbox"/> 頸椎支持部 <input type="checkbox"/> ターンバックル式 <input type="checkbox"/> 胸椎パッド <input type="checkbox"/> 胸椎支持部 <input type="checkbox"/> 腰部継手 <input type="checkbox"/> 腰椎パッド <input type="checkbox"/> 腰椎支持部 <input type="checkbox"/> パタフライ <input type="checkbox"/> ショルダーリング <input type="checkbox"/> 仙腸支持部 <input type="checkbox"/> 肩バンド <input type="checkbox"/> 腋窩パッド <input type="checkbox"/> 会陰ひも <input type="checkbox"/> ネックリング <input type="checkbox"/> 腹圧強化バンド <input type="checkbox"/> 胸郭バンド <input type="checkbox"/> 斜頸枕 <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 前方支柱 <input type="checkbox"/> 後方支柱 <input type="checkbox"/> 側方支柱
4. 上肢装具	
a.継手 (1)肩継手 (3)手継手 (4)MP継手 A 固定式 B 遊動式 A 固定式 B 遊動式 A 固定式 B 遊動式 C 肩回旋装置 C プラスチック継手 (2)肘継手 (5)IP継手 A 固定式 B 遊動式 A 固定式(硬性・フレーム) C プラスチック継手 B 遊動式 C 鋼線支柱	c.その他の加算要素 <input type="checkbox"/> 肘サポーター(支柱付き・支柱なし) <input type="checkbox"/> 末節骨パッド(硬性・フレーム) <input type="checkbox"/> 中・末節骨パッド(硬性・フレーム) <input type="checkbox"/> 対立パー <input type="checkbox"/> Cパー <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 伸展・屈曲補助パネ <input type="checkbox"/> 膝当て <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> フレクサーヒンジ <input type="checkbox"/> 内張り(上腕部・前腕部・手部)
b.支持部 (1)胸郭支持部 (3)上腕支持部 (4)前腕支持部 (5)手部背側パッド A 硬性 A 半月 A 半月 A 硬性 B フレーム B 皮革等 B 皮革等 B フレーム (2)骨盤支持部 1 カフバンド 1 カフバンド (6)手掌パッド A 硬性 2 上腕コルセット 2 前腕コルセット A 硬性 B フレーム C 硬性 C 硬性 B フレーム	

【完成用部品価格】

完成用部品	メーカー名	
	メーカー型番	
	装具名称	
	種類	硬性・軟性(支柱付き・支柱なし)

【レディメイド】

メーカー名	
メーカー型番	
装具名称	
種類	硬性・軟性(支柱付き・支柱なし)

特記事項、使用者の希望事項など記述すること

(借受けの希望 有・無)

備考

- 1 装具の略図を書き、必要に応じて説明をつける。
- 2 その他、上記に記述のない必要事項がある場合には処方の詳細を記述する。
- 3 パーツの寸法・材質・色等、特に指定するときは記述する。

※指示事項

※装具の略図

使用効果見込み(注:借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する)

上記のとおり意見する。

年 月 日
病院又は診療所の名称
所在地
診療担当科名

医師氏名

(印)

(自署又は記名押印)

補装具費支給（購入・修理）意見書

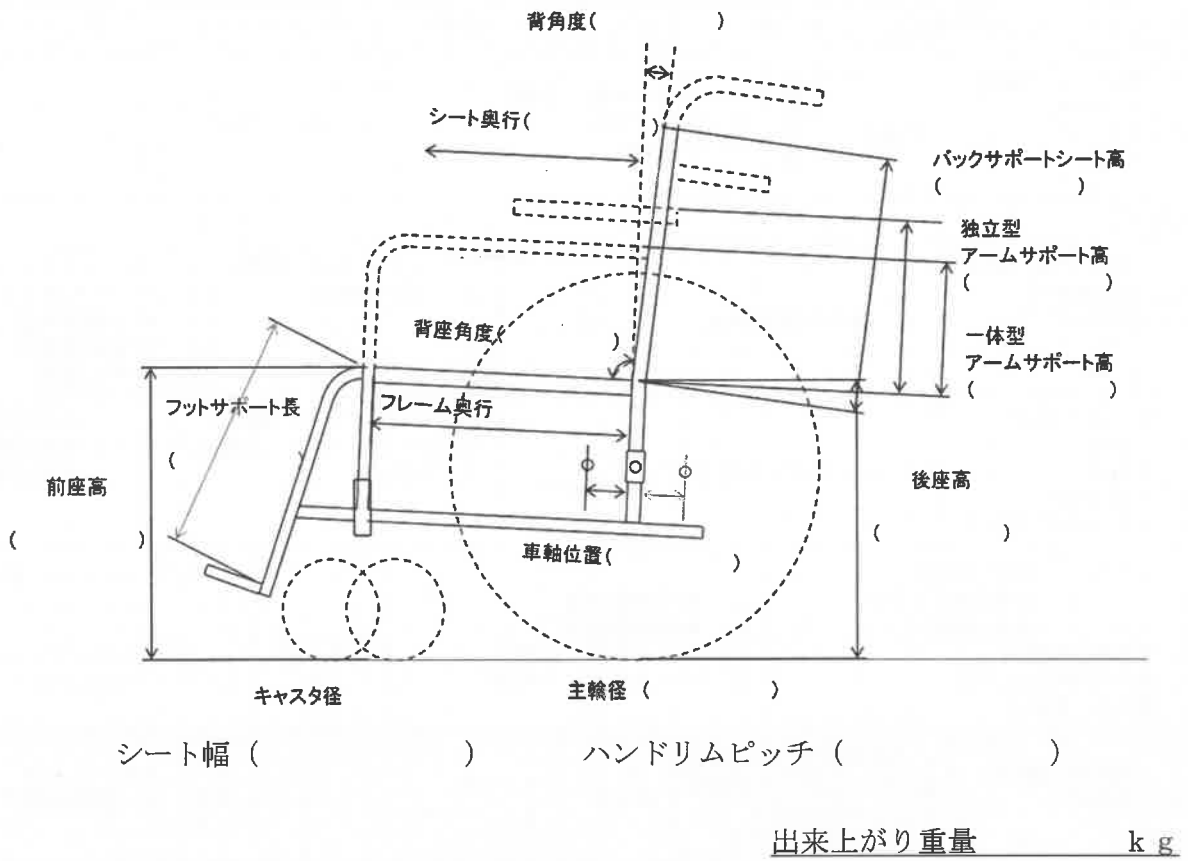
（車椅子用）

氏名	生年月日	年 月 日生 () 歳	性別	男・女
住所			職業（具体的に）	
障害名		原因となった疾病・外傷名		
		※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 (<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない)		
医学的所見（下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載すること。）				
※ 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な医学的理由についても記載する。				
基本価格	1 標準	2 頭頸部	本体	自走用・介助用
主な使用場所		屋内・屋外・屋内外		
a.新規支給（1台） b.2台同時支給 c.再支給		a.モジュール（標準） b.オーダーメイド c.レディメイド		
機構加算	1.リクライニング機構 2.ティルト機構 3.ティルト・リクライニング機構 4.リフト機構	基本構造	1. 後方大車輪（標準） 2. 前方大車輪 3. 6輪構造	a. 幅止め構造 個
【構造部品加算】				
シート	1. スリング式（標準） 2. 張り調整式 3. 板張り式	a. 奥行き調整構造	バックサポート	1. スリング式（標準） 2. 張り調整式 a. ワイドフレーム b. バックサポート延長 c. 高さ調整構造 d. 背座角度調整 e. 背折れ構造
グフサットレット	1. 固定式（標準） 2. 挙上式 3. 着脱式 4. 開閉着脱式 5. 挙上・開閉着脱式	a. レッグベルト全面張り	フットサポート	1. セパレート式（標準） 2. セパレート式（二重折込式） 3. 中折式 a. 前後調整 b. 角度調整 c. 左右調整
サアポーム	1. フレーム一体型_固定式 2. フレーム一体型_跳ね上げ式 3. フレーム一体型_着脱式 4. 独立型_固定式 5. 独立型_跳ね上げ式 6. 独立型_着脱式	a. 高さ調整構造 b. 角度調整構造 c. アームサポート幅広 d. アームサポート延長	ブレーキ	1. 駐車ブレーキ（標準） a. キャリパーブレーキ b. フットブレーキ
駆動輪主輪	1. 固定式（標準） 2. 着脱式	a. 車軸位置調整構造 b. キャンバー角度変更 c. 片手駆動構造 d. レバー駆動構造	タイヤ	1. エア 2. ノーパンク キャスタ
ハンドリム	1.プラスチック（標準） 2.ステンレス 3.アルミ	a.ピッチ 30mm以上 b.片手駆動構造	【付属品】 ヘッドサポート	1.着脱式（枕含む） 2.マルチタイプ（枕含む） 3.枕（オーダーメイド） 4.枕（レディメイド） a.オーダー枕変更
【付属品】				
<input type="checkbox"/> クッション（カバー付き）	1.平面形状型 2.モールド型	a. ゲル素材 d. 滑り止め加工	b. 多層構造 e. 防水加工	c. 立体編物
<input type="checkbox"/> 座板	a. クッション一体型	<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 車載用固定部品 個 <input type="checkbox"/> 杖たて（一本杖） 左・右 <input type="checkbox"/> 杖たて（多点つえ） 左・右 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> リフレクタ 個 <input type="checkbox"/> 高さ調整手押しハンドル 左・右 <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム <input type="checkbox"/> ノブ付きハンドリム a. 水平ノブ b.垂直ノブ		
<input type="checkbox"/> 背クッション	a. 滑り止め加工			
<input type="checkbox"/> ヒールループ	左・右			
<input type="checkbox"/> アンクルストラップ	左・右			
<input type="checkbox"/> ステップカバー	左・右			
<input type="checkbox"/> テーブル				
<input type="checkbox"/> テーブル取付部品				
<input type="checkbox"/> 転倒防止装置（パイプ）				
<input type="checkbox"/> 転倒防止装置（キャスタ付き）				

【完成用部品】

【付属品】 姿勢保持装置_製作要素

【メーカー名/製品名】



- 備考 1 その他に印したときは、必ず処方内容を記入すること。
 2 色、材質、本人の希望事項などを記述すること。
 3 記載にあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、リハビリテーション工学技師、社会福祉士、介護福祉士、建築士等、関係職員及び関係機関と充分連携のこと。

身長 体重	cm / kg	種目名称別コード	
----------	---------	----------	--

使用効果見込み

上記のとおり意見する。
 年 月 日
 病院又は診療所の名称
 所在地
 診療担当科名
 医師氏名 (印)
 (自署又は記名押印)

氏名	男・女			年	月	日生（歳）
住所				職業		
障害名				等級	級	
原因となった疾病・外傷名	※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）					
医学的所見等	1 現症		2 視力			
	・外眼 右（ ） 左（ ） ・中間 右（ ） 透光体 左（ ） ・眼底 右（ ） 左（ ）		裸眼 矯正 右（ ）（ ） 左（ ）（ ） 3 眼鏡 右 D 円柱 C（ D 軸 ） 左 D 円柱 C（ D 軸 ）			
	その他の参考事項					
※ 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な医学的理由についても記載する。 進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般						
補装具の種類	1 矯正用（裏面注1） （ <input type="checkbox"/> 遠用 ・ <input type="checkbox"/> 近用） （ <input type="checkbox"/> 遮光機能（裏面注2）） <input type="checkbox"/> 6D 未満 <input type="checkbox"/> 6D 以上 10D 未満 <input type="checkbox"/> 10D 以上 20D 未満 <input type="checkbox"/> 20D 以上		3 弱視用眼鏡（裏面注3） <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式高倍率 <input type="checkbox"/> 焦点調節式			
	2 遮光用（裏面注2） <input type="checkbox"/> 前掛式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式		4 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ 5 義眼 （ <input type="checkbox"/> レディメイド ・ <input type="checkbox"/> オーダーメイド）			
	処方（別紙による添付可）（裏面注4）					
使用効果見込み					種目名称別コード	
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名						
					医師氏名（印）	
（自署又は記名押印）						

※該当項目の□にチェックを入れてください。
 ※作成にあたっては裏面を参照してください。

(様式第6-1号裏面)

補装具費支給(購入・修理)意見書(その他の補装具)作成上の留意点

1 共通事項

- (1) 医学的所見には、当該補装具を必要とする理由が明確となるよう記載してください。
- (2) 障害名及び原因となった疾病・外傷名を必ず記載してください。
- (3) 障害者総合支援法施行令に規定する疾病の場合、身体状況の変動状況、日内変動、進行状況等について具体的に記載してください。

1 矯正用(注1)

視野障害のみでは対象となりません。

2 遮光用(注2)

支給対象は以下の要件を満たす者とします。

- (1) 視覚障害等により身体障害者手を取得している者又は障害者総合支援法施行令第1条に規定する特殊の疾病に該当する難病患者であること。
- (2) 羞明を来していること。
- (3) 羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療方法がないこと。
- (4) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。

3 弱視用眼鏡(注3)

高倍率を適用する場合は、職業上または教育上真に必要な者に限られます。

4 処方

処方の欄には、眼鏡(矯正用)については、SHP、CYR、Ax、PD等、眼鏡(矯正用)に遮光機能のあるもの及び眼鏡(遮光用)については、遮光レンズの品名、カラータイプ、遮光率%を記載してください。(別紙による添付可)

補装具費（購入・修理）支給意見書

（補聴器用）

氏名	男・女			年	月	日生	（歳）																																																												
住所				職業																																																															
障害名				等級	級																																																														
原因となった疾病・外傷名	※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）																																																																		
医 学 的 所 見	1 今回の聴力測定結果（四分法） 右 _____ dB 左 _____ dB			<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>Hz</td> </tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 聴力レベル					500	1000	2000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100				
		500	1000					2000	Hz																																																										
0																																																																			
10																																																																			
20																																																																			
30																																																																			
40																																																																			
50																																																																			
60																																																																			
70																																																																			
80																																																																			
90																																																																			
100																																																																			
2 オーディオメーターの形式 _____																																																																			
3 鼓膜の状況 右 _____ 左 _____																																																																			
（別紙添付可）																																																																			
その他の所見																																																																			
※ 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な医学的理由についても記載する。																																																																			
進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般																																																																			
補 聴 器 の 処 方	補聴器（裏面注1）	型式等（裏面注2）		加算・付属品等																																																															
	<input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型レディメイド <input type="checkbox"/> 耳あな型オーダーメイド <input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型 <input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型		<input type="checkbox"/> イヤモールド <input type="checkbox"/> デジタル補聴器調整 <input type="checkbox"/> 受信機（裏面注3） <input type="checkbox"/> ワイヤレスマイク（裏面注3） <input type="checkbox"/> オーディオシュー <input type="checkbox"/> その他（ ）																																																															
医学的所見（処方理由）（裏面注3）																																																																			
その他	<input type="checkbox"/> 人工内耳用音声信号処理装置修理（裏面注4） <input type="checkbox"/> その他（ ）																																																																		
補 聴 効 果	<input type="checkbox"/> 会話がはっきり理解 <input type="checkbox"/> 会話が大体理解 <input type="checkbox"/> 会話はあまり理解できないが音の識別は可能 <input type="checkbox"/> 会話は全く理解できないが音の識別は可能 <input type="checkbox"/> 音の識別不能					種目名称別コード																																																													
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 医師氏名 （印） （自署又は記名押印）																																																																			

※ 該当項目の□にチェックを入れてください。
 ※ 作成にあたっては裏面を参照してください。

(様式第6-2号裏面)

補装具費支給(購入・修理)意見書(補聴器用)作成上の留意点

1 共通事項

- (1) 障害名及び原因となった疾病・外傷名を必ず記載してください。
- (2) 障害者総合支援法施行令に規定する疾病の場合、身体状況の変動状況、日内変動、進行状況等について具体的に記載してください。
- (3) オーディオグラムの別紙添付も可能です。

2 補聴器

- (1) 対象 高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者。
中軽度補聴器は補装具費の対象外です。

(2) 種別

原則として、等級により次のような基準としています。(注1)

- ① 重度難聴用 身体障害者手帳2級及び3級
- ② 高度難聴用 身体障害者手帳4級及び6級

(3) 型式等

対象となる要件は次のとおりです。(注2)

- ① ポケット型・耳かけ型
本人の障がい状況や使用目的によりどちらか適する器種を選択してください。
- ② 耳あな型
ポケット型及び耳かけ型の使用が困難で真に必要な者。
【例】 耳介の欠損や変形、皮膚炎等が著しく耳かけ型の使用が不可能
建築現場の作業等で常にヘルメットを装用
調理師等で常に油煙・湯気のある場所で働いている者
耳あな型オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等がレディメイドでは対応不可能な者に限られます。
- ③ 骨導式
伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。

(4) 「医学的所見」の記載について(注3)

以下の場合はその理由等を医学的所見に記載願います。

- ① 両耳装用を必要とする場合
- ② 耳あな型(レディメイド又はオーダーメイド)を必要とする場合 ((3) ②参照)
- ③ 骨導式を必要とする場合
- ④ 聴力レベルは90dB未満であるが重度難聴用を必要とする場合
- ⑤ イヤモールドを必要とする場合は加算・付属品等の欄から選択してください。
- ⑥ 専門的な技能・知識を有する者(認定補聴器技能者等)によるデジタル補聴器の調整を必要とする場合は加算・付属品等の欄から選択してください。
- ⑦ 受信機、ワイヤレスマイク等の補聴システムを必要とする場合は加算・付属品等の欄から選択した上でその理由を医学的所見欄に記載してください。

【例】 重度難聴用耳かけ型を使用する者で、会議、一斉授業のように離れたところからの音声を聴取する必要がある者。

3 人工内耳用音声信号処理装置修理(注4)

人工内耳用音声信号処理装置修理が必要な場合は、様式第21号を添付してください。

(様式第6-3号裏面)

補装具費支給(購入・修理)意見書(その他の補装具)作成上の留意点

1 共通事項

- (1) 医学的所見には、当該補装具を必要とする理由が明確となるよう記載してください。
- (2) 障害名及び原因となった疾病・外傷名を必ず記載してください。
- (3) 障害者総合支援法施行令に規定する疾病の場合、身体状況の変動状況、日内変動、進行状況等について具体的に記載してください。

2 歩行器及び座位保持椅子(注1)

歩行器及び座位保持椅子の借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載願います。

氏名	男・女 年 月 日生（ 歳）		
住所			職業（具体的に）
障害名	原因となった 疾病・外傷名		
移乗能力	自立 ・ 半介助 ・ 介助	主な使用場所	屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外
医学的所見 （体幹の可動性、筋力、変形、支持性等座位の機能状態）	※ 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な医学的理由についても記載する。 進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般		
基本価格	1. 頭・頸部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型	【付属品】
	2. 上肢	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型（右・左）	
支持部	3. 体幹部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型	カッタウト テーブル
	4. 骨盤・大腿部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型	
支持部の連結	5. 下腿・足部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型	カッタウト テーブル
		<input type="checkbox"/> 採寸（右・左）	
支持部の連結	1. 固定	<input type="checkbox"/> 頭部支え	上肢保持部品
	2. 遊動	<input type="checkbox"/> 上肢支え（右・左） <input type="checkbox"/> 前腕・手部支え（右・左） <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型 <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型 <input type="checkbox"/> 下腿支え（右・左） <input type="checkbox"/> 足台（右・左） <input type="checkbox"/> フレックス構造	
構造フレーム	3. 角度調整用部品	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰部（右・左） <input type="checkbox"/> 膝部（右・左） <input type="checkbox"/> 足部（右・左） <input type="checkbox"/> 腰部（右・左） <input type="checkbox"/> 膝部（右・左） <input type="checkbox"/> 足部（右・左）	体幹保持部品
	使用材料	<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式	
調節機構	1. ティルト機構	<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式	骨盤保持部品
	2. 昇降機構	<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式	
調節機構	3. 車椅子機能	<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式	下腿保持部品
		<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式	
調節機構	1. 高さ調整	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 体幹支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部（右・左） <input type="checkbox"/> アームサポート（右・左）	ベルト部品
	2. 前後調整	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部（右・左） <input type="checkbox"/> アームサポート（右・左）	
調節機構	3. 角度調整	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> テーブル	支持部カバー
	4. 脱着機能	<input type="checkbox"/> 体幹パッド（右・左） <input type="checkbox"/> 骨盤パッド（右・左） <input type="checkbox"/> 膝パッド（右・左） <input type="checkbox"/> アームサポート（右・左） <input type="checkbox"/> 内転防止パッド	
調節機構	5. 開閉機構	<input type="checkbox"/> アームサポート（右・左） <input type="checkbox"/> 足部支持部（右・左）	内張り
		<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 多機能	
調節機構		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢（右・左） <input type="checkbox"/> 体幹部（平面形状型・モールド型・張り調整型） <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部（平面形状型・モールド型・張り調整型） <input type="checkbox"/> 下腿部（右・左） <input type="checkbox"/> 足部（右・左）	体圧分散補助素材
		<input type="checkbox"/> アームレスト（右・左） <input type="checkbox"/> テーブル	
調節機構		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢（右・左） <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部（右・左） <input type="checkbox"/> 足部（右・左）	キャスタ
		<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 多機能	
調節機構		<input type="checkbox"/> 介助用グリップ（右・左） <input type="checkbox"/> ストッパー <input type="checkbox"/> 高さ調整用台座	その他
完成用品等			
使用効果見込み	（注：構造フレーム等の借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する）		
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名			
		医師氏名	（ 印 ）
（自署又は記名押印）			

補装具費支給（購入・修理）意見書 （標準型電動車椅子用）

氏名	生年月日	年月日生（ ）歳	性別	男・女	
住所			職業（具体的に）		
障害名		原因となった疾病・外傷名			
		※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 （ <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない）			
医学的所見（下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載すること。）					
※ 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な医学的理由についても記載する。					
移乗能力	自立 ・ 半介助 ・ 介助	主な使用場所	屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外		
基本価格	1. 標準 2. 頭頸部	本体	1. 標準型（低速用） 2. 標準型（中速用）		
a.新規支給（1台） b.2台同時支給 c.再支給		a.モジュール（標準） b.オーダーメイド c.レディメイド			
機構加算	1. 手動リクライニング機構 2. 電動リクライニング機構 3. 電動ティルト機構 4. 電動ティルト・リクライニング機構 5. 電動リフト機構	バッテリー	1. シールドバッテリー 2. リチウムイオンバッテリー		
		操作ボックス	1. 標準型		
		操作レバー	1. 感度調整 a. ばね圧変更		
		スイッチ	1. 標準型 a. スイッチ延長 個		
【構造部品加算】					
シート	1. 板張り式（標準） 2. スリング式 3. 張り調整式	a. 奥行き調整構造	サポート	1. スリング式（標準） 2. 張り調整式	a. ワイドフレーム b. バックサポート延長 c. 高さ調整構造 d. 背座角度調整 e. 背折れ構造
フットサポート	1. 固定式（標準） 2. 挙上式 3. 着脱式 4. 開閉着脱式 5. 挙上・開閉着脱式	a. レッグベルト全面張り	サポート	1. セパレート式（標準） 2. セパレート式（二重折込式）	a. 前後調整 b. 角度調整 c. 左右調整 d. 金属製フットサポート
サポートアーム	1. フレーム一体型_固定式 2. フレーム一体型_跳ね上げ式 3. フレーム一体型_着脱式 4. 独立型_固定式 5. 独立型_跳ね上げ式 6. 独立型_着脱式	a. 高さ調整構造 b. 角度調整構造 c. アームサポート幅広 d. アームサポート延長		ブレーキ	1. 電動又は電磁ブレーキ（標準）
タイヤ	1. エア（標準） 2. ノーパンク		キャスタ	1. エア（標準） 2. ノーパンク	

【付属品】			
<input type="checkbox"/> パワーステアリング <input type="checkbox"/> クライマーセット <input type="checkbox"/> 手動スイングアーム <input type="checkbox"/> 電動チンコントロール一式 <input type="checkbox"/> 手動チンコントロール一式 <input type="checkbox"/> 多様入力コントローラ <input type="checkbox"/> a. 非常停止スイッチボックス <input type="checkbox"/> b. 4方向スイッチボード <input type="checkbox"/> c. 8方向スイッチボード <input type="checkbox"/> d. 小型ジョイスティックボックス <input type="checkbox"/> e. フォースセンサ <input type="checkbox"/> f. 足用ボックス <input type="checkbox"/> 簡易1入力 <input type="checkbox"/> ジョイスティックノブ <input type="checkbox"/> 小/球/こけし <input type="checkbox"/> U/十字/ペン/太長/T字/極小 <input type="checkbox"/> ヒールループ 左・右 <input type="checkbox"/> アンクルストラップ 左・右 <input type="checkbox"/> ステップカバー 左・右		<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 車載用固定部品 個 <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖) 左・右 <input type="checkbox"/> 杖たて(多点つえ) 左・右 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> リフレクタ 個 <input type="checkbox"/> 高さ調整手押しハンドル 左・右	
<input type="checkbox"/> クッション (カバー付き) 1. 平面形状型 a.ゲル素材 2. モールド型 b.多層構造 c.立体編物 d.滑り止め加工 e.防水加工		<input type="checkbox"/> 背クッション a. 滑り止め加工	<input type="checkbox"/> ヘッドサポート 1. 着脱式 (枕含む) 2. マルチタイプ (枕含む) a. 枕オーダーメイド変更 3. 枕 (オーダーメイド) 4. 枕 (レディメイド)
【付属品】 姿勢保持装置_製作要素		【完成用部品】	
【特記事項】			
身長	cm/	kg	種目名称別コード
メーカー名/製品名			
使用効果見込み			
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名			
		医師氏名	(印)
(自署又は記名押印)			

氏名	生年月日	年月日生（ ）歳	性別	男・女
住所			職業（具体的に）	
障害名		原因となった疾病・外傷名 ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 （ <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しらない）		
医学的所見（下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載すること。） ※ 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な医学的理由についても記載する。 進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般				
移乗能力	自立 ・ 半介助 ・ 介助	主な使用場所	屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外	
基本価格	1. 標準 2. 頭頸部			
本体	1 簡易型（切替式） 2 簡易形（アシスト式）			
a.新規支給（1台） b.2台同時支給 c.再支給		a.モジュール（標準） b.オーダーメイド c.レディメイド		
機構加算	1.リクライニング機構 2.ティルト機構 3.ティルト・リクライニング機構	基本構造	1. 後方大車輪（標準）	a. 幅止め構造 個
バッテリー	1. リチウムイオンバッテリー 2. ニッケル水素バッテリー	操作ボックス	1. 標準型	
操作レバー	1. 感度調整 a. ばね圧変更	スイッチ	1. 標準型	a. スイッチ延長 個
【構造部品加算】				
シート	1. スリング式（標準） 2. 張り調整式 3. 板張り式	a. 奥行き調整構造	サポートバック	1. スリング式（標準） 2. 張り調整式 a. ワイドフレーム b. バックサポート延長 c. 高さ調整構造 d. 背座角度調整 e. 背折れ構造
フットサポート	1. 固定式（標準） 2. 挙上式 3. 着脱式 4. 開閉着脱式 5. 挙上・開閉着脱式	a. レッグベルト全面張り	フットサポート	1. セパレート式（標準） 2. セパレート式（二重折込式） 3. 中折式 a. 前後調整 b. 角度調整 c. 左右調整
サポートアーム	1. フレーム一体型_固定式 2. フレーム一体型_跳ね上げ式 3. フレーム一体型_着脱式 4. 独立型_固定式 5. 独立型_跳ね上げ式 6. 独立型_着脱式	a. 高さ調整構造 b. 角度調整構造 c. アームサポート幅広 d. アームサポート延長	ブレーキ	1. 駐車ブレーキ/電磁ブレーキ

【付属品】

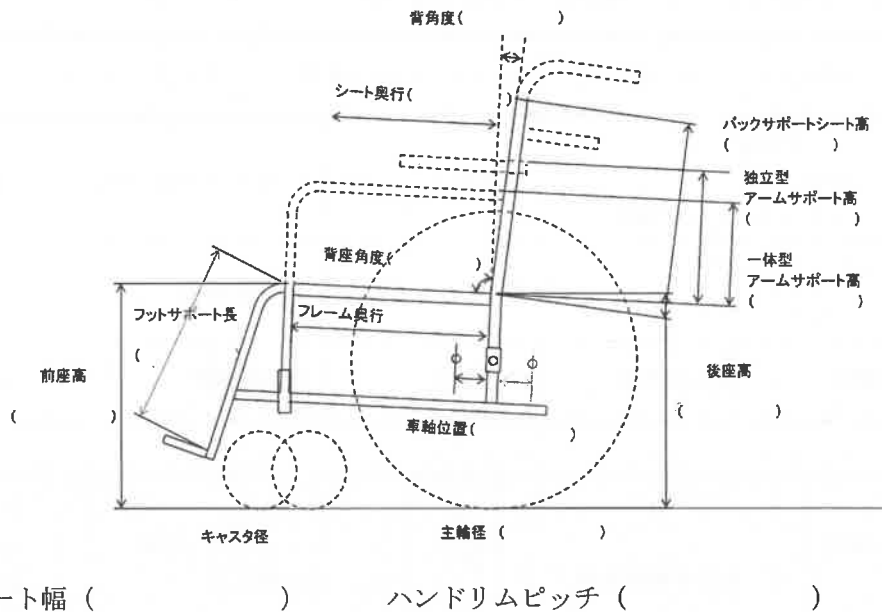
- 手動スイングアーム
- 手動チンコントロール一式
- 多様入力コントローラ
- a. 非常停止スイッチボックス
- b. 4方向スイッチボード
- c. 8方向スイッチボード
- d. 小型ジョイスティックボックス
- e. フォースセンサ
- f. 足用ボックス
- 簡易1入力
- ジョイスティックノブ
- 小/球にけし
- U/十字/ペン/太長/T字/極小
- ヒールループ 左・右
- アンクルストラップ 左・右
- ステップカバー 左・右

- テーブル テーブル取付部品
- 呼吸器搭載台 痰吸引器搭載台
- 携帯会話補助装置搭載台
- 車載用固定部品 個
- 杖たて (一本杖) 左・右
- 杖たて(多点つえ) 左・右
- 酸素ボンベ固定装置
- 栄養パック取付用ガートル架
- 点滴ポール 日よけ 雨よけ
- 泥よけ スポークカバー
- リフレクタ 個
- 高さ調整手押しハンドル 左・右
- 滑り止めハンドリム

- クッション (カバー付き)
 1. 平面形状型 a.ゲル素材
 2. モールド型 b.多層構造
 - c.立体編物
 - d.滑り止め加工
 - e.防水加工
- 背クッション a. 滑り止め加工
- ヘッドサポート
 1. 着脱式 (枕含む)
 2. マルチタイプ (枕含む)
 - a. 枕オーダーメイド変更
 3. 枕 (オーダーメイド)
 4. 枕 (レディメイド)

【完成用部品】

【付属品_姿勢保持装置製作要素】



出来上がり重量 kg

- 備考
- 1 その他に印したときは、必ず処方内容を記入すること。
 - 2 色、材質、本人の希望事項などを記述すること。
 - 3 記載にあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、リハビリテーション工学技師、社会福祉士、介護福祉士、建築士等、関係職員及び関係機関と充分連携のこと。

身長 体重	cm / kg	種目名称別コード		メーカー名 / 製品名
----------	---------	----------	--	-------------

使用効果見込み

上記のとおり意見する。

年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名

医師氏名

(印)

(自署又は記名押印)

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所			
障害名及び原因となった疾病・外傷名 ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 (<input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)			
障害の状況 ※難病患者等については、身体状況等の変動状況や日内変動等について記載すること。また、症状がより重度である状態についても記載すること。			
障害の程度 (次のいずれかに○印をする) ア 心臓 (呼吸器その他) の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの イ 心臓 (呼吸器その他) の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの ウ 心臓 (呼吸器その他) の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			
電動車椅子を使用する必要性 (歩行が制限されている状態と電動車椅子の必要性との関係を記載する)			
身長 体重	cm /	kg	種目名称別コード
使用効果見込み			
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 医師氏名 (印) (自署又は記名押印)			

氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 歳
住所			
原因となった 疾病・外傷名	※ 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続が必要な医学的理由についても記載する。 進行性疾患 : <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き : <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般 ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 (<input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)		
身体 の 状 況	上肢		
	下肢		
	言語	会話可能	簡単な応答可能(単語程度) 不能
	日内 変動等		
意思伝達装置 操作方法			
意思伝達装置 の種類	(該当項目に○を付してください。) 1 文字等走査入力方式 (簡易なもの) 2 文字等走査入力方式 (簡易な環境制御機能が付加されたもの) 3 文字等走査入力方式 (高度な環境制御機能が付加されたもの) 4 通信機能が付加されたもの 5 生体现象方式 6 その他 (機種等特定できる場合は記入願います。)		
選 択 理 由	(機種等特定できる場合は記入願います。)		
その他			
種目名称別 コード			
使用効果 見込み	(注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する)		
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名			
		医師氏名	(印)
(自署又は記名押印)			

記載にあたっては、裏面をご覧ください。

(ご記入についてのお願い)

- この意見書は、身体障害者及び難病患者等の現状についてご記入いただき、重度障害者用意思伝達装置の購入(修理)に係る補装具費支給に係る決定を行う基礎資料とするものです。
- 重度障害者用意思伝達装置とは
まばたき、筋電センサー等の特殊な入力装置を操作することにより、自分の意思を第三者に伝えることを可能にする装置です。
- 給付対象者
下記のいずれかに該当する者となります。
 - 重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。
 - 難病(障害者総合支援法施行令に規定する疾病)患者については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。
- 貴院において、重度障害者用意思伝達装置の使用訓練等を実施されている場合は、その経過等についても、「その他」の欄にご記入ください。
- 記載にあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、リハビリテーション工芸技師、社会福祉士、介護福祉士、建築士等、関係職員及び関係機関と充分連携のこと。
- 参考

重度障害者用意思伝達装置種類別支給対象者例

種類	支給対象者例	備考	
文字等 走査 入力方式	簡易なもの	操作が簡易であるため、複雑な操作が苦手な者、若しくはモバイル使用を希望する者。	ひらがな等の文字綴り選択による文章の表示や発声、要求項目やシンボル等の選択による伝言の表示や発声等を行うソフトウェアが組み込まれた専用機器及びプリンタとして構成されたもの。
	簡易な環境制御機能が付加されたもの	独居等日中の常時対応者(家族や介護者等)が不在などで、家電等の機器操作を必要とする者。	1つの機器操作に関する要求項目を、インターフェイスを通して機器に送信することで、当該機器を自ら操作できるソフトウェアをハードウェアに組み込んでいるもの。
	高度な環境制御機能が付加されたもの		複数の機器操作に関する要求項目を、インターフェイスを通して機器に送信することで当該機器を自ら操作することができるソフトウェアをハードウェアに組み込んでいるもの。
	通信機能が付加されたもの	通信機能を用いて遠隔地の家族等と連絡を取ることが想定される者。	文章表示欄が多く、定型句、各種設定等の機能が豊富な特徴を持ち、生成した伝言を、メール等を用いて、遠隔地の相手に対して伝達することができる専用のソフトウェアをハードウェアに組み込んでいるもの。
生体现象方式	筋活動(まばたきや呼気等)による機器操作が困難な者。	脳波や脳の血液量等を利用して「はい・いいえ」を判定するもの。	

車椅子調査書

本人氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
保険種別	国保・社保・共済・労災・生保・その他 ()		
職 業	(障害前)		
	----- (現 在)		
自家用車	本人が使用する自家用車が ある ・ ない		
運転免許	本人は自動車免許を 所持している ・ 所持していない		
使用環境	屋内使用	可 ・ 不可	戸外使用 可 ・ 不可
使用目的	いつも足の代わりに使う・介護による移動の時・その他 ()		
使用場所	自宅内・戸外・その他使用する場所 ()		
操作方法	自操できる・押ししてもらう		
乗り降り	自力でできる・介助を要する		
使用経験	車椅子を使用したことが ある ・ ない		
入院状況等	在宅・入院中・入所中 ・病院名 ()・退院の予定 (年 月頃)		
	・施設名 ()・退所の予定 (年 月頃)		
介護者の 状況等	(日常介護を受けている場合、介護者の続柄、年齢、健康状態などを記載)		
車椅子付属品 (特例) の必要な理由			
車椅子使用に ついての市町 村の意見	(※ 車椅子を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。)		
	調査者：職・氏名 _____		

(注) この調査書は、車椅子の必要性や使用する環境について、市町村の身体障がい者福祉担当者が実際に調査を行って記載してください。該当項目に○印をしてください。

電動車椅子調査書

氏名		生年月日	年 月 日(歳)
住所			
手帳番号	号	等級	種 級
障害名			
補装具交付歴	(名称)		(交付年月)
希望する電動車いすの形式・機構	標準型 (低速用 ・ 中速用) 1 手動リクライニング機構 2 電動リクライニング機構 3 電動ティルト機構 4 電動ティルト・リクライニング機構 5 電動リフト機構	簡易型 (切替式 ・ アシスト式) 1 リクライニング機構 2 ティルト機構 3 ティルト・リクライニング機構	
交付を希望する理由			
調査項目	記 載 欄		
生活状況	就労・社会参加等の状況		
	家族構成 (家族介護の状況)		
	その他参考事項		
障害の状況	受療している医療機関		
	日常生活の介助の状況 (ADL の状況)		
	室内・外の移動能力		
使用者条件	視覚障害	有 (程度)	無
	聴覚障害	有 (程度)	無
	交通法規の理解・遵守 (面接により確認)		
操作能力	使用経験の有無	有	無

環 境	使用する場所 (電動車椅子を必要とする場所)	
	道路状況 (坂道、悪路、交通量等の状況)	
	危険な場所の有無	
	移動時の介助者の必要性	
	使用頻度	
電動車椅子使用についての市町村の意見	<p>(※ 電動車椅子を必要と認める理由が明確になるよう記載願います。)</p> <p style="text-align: right;">調査者：職・氏名</p>	

必要に応じて地図、状況図等を作成する。

補装具費支給(購入・修理)に係る意見書

(市 町 村 長) 様

所属

職・氏名

(印)

(自署又は記名押印)

このことについて、下記のとおり意見を申し述べます。

被 保 険 者 氏 名 (身 体 障 害 者)	性 別	被 保 険 者 番 号	
	男・女	保 険 者 名	
生 年 月 日	要 介 護 度		
住 所			
手 帳 番 号	岩手県 第 号 (年 月 日交付)		
障 害 名			
必 要 と す る 補 装 具			
補 装 具 費 支 給 が 必 要 な 理 由	(※ 該当項目に○を付してください。)		
	1 障害者の身体状況から、標準的な既製品の福祉用具を貸与することの適否が明確でなく、医学的判断により対応するのが適当なため 2 障害者の身体的状況及び外見上明らかにレディメイドでは対応できないと判断されるため		
	(具体的理由)		
そ の 他			

特例補装具費支給(購入・修理)理由書

氏 名		市町村名		作 成 年 月 日	年 月 日
原 因 疾 病					
障 害 名				手帳交付 年 月 日	年 月 日
補 装 具 (名称・形式)					
障 害 者 の 状 況	(1) 身体状況				
	(2) 日常生活状況 (ADL、住環境、教育、職業状況等)				
現在の補装具の 使 用 状 況					
基 準 内 ・ 特 例 補 装 具 の 相 違 点	(1) 基準内補装具により支障をきたす点				
	(2) 特例補装具の特徴、効用				
使用についての 市町村の意見	(※ 特例補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。)				
備 考	職・氏名 _____				

殻構造義肢電動式義手調査書

氏 名	男・女 年 月 日生 (歳)			
住 所				
障 害 名		等 級	級	
職業及び業務 内容と就労期間	切断時：	切断年月日	年 月 日	
	復職時：			
	現 在：			
切 断 原 因		切 断 部 位		
断 端 長	右： c m 左： c m (/ 上肢長 c m)			
合 併 症	右：なし・幻肢痛・断端痛・骨突起・皮膚癒痕・その他			
	左：なし・幻肢痛・断端痛・骨突起・皮膚癒痕・その他			
利 き 手	切断前： 右・左 切断後： 右・左			
義手装着訓練 の 経 過	訓練用仮義手(能動)	電動式の 訓練	期間	年 月 日から 年 月 日まで
	訓練期間： 装飾用・能動式 訓練期間：		頻度	時間 / 回 週間
電動式以外の使用 状 況 等	装飾用義手使用の有無： 使用状況等：			
	能動式フック型使用の有無： 使用状況等：			
	能動式ハンド型使用の有無： 使用状況：			
切 断 後 の 電 動 式 訓 練	訓練を受けた場所： 断端及び義手訓練の具体的内容： 筋電分離訓練の具体的内容：			
電動式と併用 義手について				
電動式の適合状 況等の所見(他義 手と比較して生 活、職業上優位と なる点)				
特 記 事 項				
使用についての 市町村の意見	(※ 電動式を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。)			
	調査者：職・氏名			

(注) この調査書は、電動式の必要性等について市町村の障がい者福祉担当者が実際に調査を行なって記載してください。

重度障害者用意思伝達装置使用状況報告書

氏名	男・女	年 月 日生 (歳)
住所		
使用場所 : <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
障害名及び原因となった疾病・外傷名		
<p style="text-align: center;">※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 (<input type="checkbox"/>する <input type="checkbox"/>しない)</p> 身障手帳 : 肢体不自由 () 級、音声・言語機能障害 () 級		
使用開始	年 月 日	
使用環境・その他	具体的に記入してください。	
使用頻度・状況	<input type="checkbox"/> 使用している (1日あたり 時間 / 週 日) <input type="checkbox"/> 思ったように使えている ・ <input type="checkbox"/> 思ったほど使えていない (使用内容) <input type="checkbox"/> 日常用件 ・ <input type="checkbox"/> 遠方の人とのやりとり ・ <input type="checkbox"/> 日記 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 使用していない → 使用できていない状況・理由を備考欄に詳細に記載してください。	
本人の操作能力	操作状況 : 独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能 スイッチの適合 : 良好 ・ 不良 () その他付属品の適合 : 良好 ・ 不良 () 使用感 : 使いやすい ・ 使いにくい ()	
介護者の操作能力	操作状況 : 独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能 使用感 : 使いやすい ・ 使いにくい ()	
身体機能	(状況の変化があれば記載)	
支援の有無	【使用に関する支援の必要性】 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (内容 :) 【支援を受けられているか】 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (内容 :) 【支援機関等の有無】 <input type="checkbox"/> あり [支援機関、支援者等] <input type="checkbox"/> なし [<input type="checkbox"/> 受けられる機関がない ・ <input type="checkbox"/> 機関がわからない <input type="checkbox"/> その他 ()]	
満足度	本人 :	主たる介護者 :
備考欄		
年 月 日		
記入者 :	(市町村 :	担当課 :)

デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明

年 月 日

(補装具業者名及び代表者名) (印)

(自署又は記名押印)

岩手県福祉総合相談センター所長 様

_____ 氏の補装具費支給申請（補聴器）について、以下の者がデジタル補聴器の調整を行います。

調整を行う者の職・氏名

職（ 言語聴覚士 ・ 認定補聴器技能者 ）

氏名（ ）

(言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写し)

※貼付欄

※ 見積書に添付してください。

デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明

_____ 氏の補装具費支給申請（補聴器）について、
以下の者がデジタル補聴器の調整を行ったことを証明します。

年 月 日

(補装具業者名及び代表者名) (印)

(自署又は記名押印)

調整を行った者の氏名 ()

(言語聴覚士 ・ 認定補聴器技能者)

(言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写し)

※貼付欄

人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法の補装具費支給にあたり、下記の内容について、確認しました。

年 月 日

医療機関名
所在地
診療担当課
作成医師氏名

(自署又は記名押印)

(印)

記

【患者情報】

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

住所 _____

身障手帳障害名と等級
_____ (_____ 種 _____ 級)

【使用している人工内耳用音声信号処理装置】

メーカー名 : _____

機 種 名 : _____

【確認項目】

以下に該当する場合は□に☑を入れてください。

- 該当の人工内耳音声信号装置はメーカーの保証期間外となっている。
- 人工内耳音声信号処理装置の交換ではなく、修理が必要である。
- 人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。

迅速判定に係る調査書

申請年月日		年 月 日		申請者氏名				
申請の種類			購入（借り受けの意向 有・無） ・ 借受け ・ 修理 ※ 迅速判定（有・無）					
対象者	住所							
	フリガナ 氏名							
	生年月日		電話					
世帯員の状況	氏名		年齢	対象者との続柄		課税状況		備考
						課税区分	市民税 所得割	
	非課税世帯	氏名		所得		障害年金	手当	合計
				円		円	円	円
世帯区分		1. 生活保護 2. 低所得 3. 一般 4. 一定所得以上						
用具名			基準額	見積額	利用者負担		公費負担	
			円	円	円		円	
			円	円	円		円	
			円	円	円		円	
合計							円	
月額負担上限額							円	
上記のとおり確認しました。								
年 月 日								
調査者 職・氏名 _____								

<参考資料> よくある問い合わせ (Q&A)

【質問1】 判定依頼について

手帳の交付申請と補装具の判定依頼を同時に行うことは可能か。

【回答1】

同時に行うことは可能ですが、手帳内容確定後に、補装具の判定を行います。そのため、申請、判定依頼を同時に行っても、手帳交付日と判定日が同日とはならない可能性があります。ご了承ください。

【質問2】 複数支給について

同じ補装具で、交付1、修理1希望する場合は複数支給になるか。判定依頼は必要か。

【回答2】

交付、修理に問わず、同じ種目の補装具を同時期に希望する場合は複数支給と考えます。判定依頼の要否、方法については、「岩手県補装具費支給事務取扱要領」(以下、「要領」という。)の定めるとおりです。

【質問3】 治療用装具について

- (1) 金銭的に治療用装具の支払いが困難なため、補装具制度での判定は可能か。
- (2) 治療用装具の支給を受けていないと、判定はできないのか。

【回答3】

- (1) 初回の装具は医療保険で治療用装具としての給付が原則です。これは、治療用装具は訓練での使用を目的としているのに対し、補装具は日常生活での使用を目的としているという装具の特徴が異なるためです。経済的な理由で治療用装具作成が困難な場合は、生活福祉資金や高額療養費制度等金銭面での支援の活用についてご検討をお願いいたします。
- (2) 原則は(1)のとおりですが、治療用装具の給付が補装具制度を活用するための条件ではありません。補装具の種類や、個々の状況によっては補装具の対象となる場合もあります。

【質問4】 介護保険制度について

- (1) 介護保険対象となる前から、補装具の交付を受けていた者が、介護保険の対象となり、再支給を希望する場合、介護保険が優先されるのか。
- (2) 介護保険の認定を受けていないが、補装具での交付を受けたい。
- (3) 介護保険の対象となったが、要支援のため貸与が受けられない。補装具で対応可能か。

【回答4】

- (1) 原則、介護保険の貸与が優先されます。しかし、介護保険法の福祉用具では対応できない場合は、補装具での対応が可能となる場合があるため、個々の状況に応じて判断が必要です。
- (2) まずは、介護保険での対応の検討をお願いします。
- (3) 要支援であっても、医学的所見やサービス担当者会議等を経て、貸与を受けられる場合があるため、介護担当との確認が必要と考えます。そのうえで、個々の状況に応じて判断することとなります。

【質問5】 判定依頼の要否について

再支給の相談で前回と同じものを希望しているが、前回の支給記録が古く、補装具の明細が確認できない。判定依頼が必要か。

【回答5】

補装具の名称、製作項目などの確認ができない場合は判定依頼が必要です。