静岡県補装具費支給に係る判定等事務取扱要領

1　目的

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。）に基づく補装具費支給に係る判定等については、補装具費支給事務取扱指針（平成 30 年 3 月 23 日付け障発 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。）によるほか本要領により行い、もって判定等事務の適正かつ迅速な実施を図ることを目的とする。

2　定義

(1)　判定

この要領において「判定」とは、身体障害者に係る補装具費支給に関する医学的判定をいう。

(2)　技術的助言

この要領において「技術的助言」とは、身体障害児に係る補装具費支給に関する補装具の構造、機能等に関する技術的助言をいう。

(3)　指定自立支援医療機関

この要領において「指定自立支援医療機関」とは、障害者総合支援法第 54 条第 2 項の規定に定める都道府県知事が指定する医療機関をいう。

(4)　医師

この要領において「医師」とは、身体障害者福祉法第 15 条の規定に基づき指定された医師又は指定自立支援医療機関において指定自立支援医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医（平成 19 年厚生労働省告示第 108 号第 1 条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師）又は国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師をいう。

なお、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（以下「総合支援法施行令」という。）に規定する特殊の疾病に該当する難病患者等（以下「難病患者等」という。）に係る補装具費支給意見書を作成することのできる医師については、以上の要件の医師に加え、難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に基づき都道府県知事の定める医師を加える。

３　意見書の作成

補装具費支給申請を目的とした意見書の作成を求められた医師は、「補装具費支給に関する意見書」(様式２－１～２－９）の中から該当する補装具の種目の様式を使用して意見書を作成すること。

なお、特例補装具に関して意見書を作成する場合は、加えて「特例補装具に関する理由書」（様式 11）を作成すること。

また、難病患者等に係る意見書を作成する場合は、加えて「補装具費支給意見書（難病等)」（様式 12）を作成すること。

おって、借受けに係る意見書を作成する場合は、加えて「補装具借受けに係る意見書」（様式 13）を作成すること。

(1) 殻構造義手用	(様式２－１－１)
(2) 殻構造義足用	(様式２－１－２)
(3) 骨格構造義手用	(様式２－２－１)
(4) 骨格構造義足用	(様式２－２－２)
(5) 上肢装具・体幹装具用	(様式２－３－１)
(6) 下肢・靴型装具用	(様式２－３－２)
(7) 姿勢保持装置用	(様式２－４)
(8) 補聴器用	(様式２－５)
(9) 車椅子用	(様式２－６)
(10) 標準形電動車椅子用	(様式２－７)
(11) 簡易形電動車椅子用	(様式２－８)
(12) 重度障害者用意思伝達装置用	(様式２－９)
(13) その他用(様式２－１～２－９以外)	(様式２－10)

４　判定の要否

身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。)の長の判定を必要とする補装具の種目は、別表「補装具種目別判定区分一覧表」の区分による。ただし、市町の長が更生相談所の長による判定が必要と認める場合はこの限りでない。

なお、来所判定が必要な補装具について書類判定を希望し、かつ更生相談所の長が適当と認める場合は、５の規定で定める書類を提出することにより来所判定に替えることができる。

５　判定依頼

「補装具費支給申請書」を受理した市町の長は、申請者の身体的状況、経済的状況及び世帯の状況等を調査し、「判定(技術的助言)依頼書」（様式１）に次の書類を添付して補装具費支給の要否等について更生相談所の長の判定を求めること。

なお、更生相談所に処方の作成を希望する場合は、(2)～(4)の書類の添付を必要としない。

(1) 「身体障害者更生指導台帳」の写し（補装具交付履歴がわかるもの）

(2) 「補装具費支給に関する意見書」

(3) 「見積書」の写し

借受けによる判定を依頼する場合は、借受けを想定する部品等を明示すること。

(4) 「採寸表又は外形図」等

次のいずれかに該当する場合は、当該補装具の仕様・寸法等が明示されたものを添付すること。

ア 車椅子をオーダーメイドで製作する場合

イ 簡易形電動車椅子のベース車をオーダーメイドで製作する場合

ウ 姿勢保持装置を製作する場合

(5) 「補装具使用環境等調査書」（様式３－１～３－４）

次のいずれかに該当する場合は、申請者の補装具使用履歴及び生活環境等を事前に調査し、市町の意見を付したものを添付すること。

ア 車椅子又は電動車椅子の判定を依頼する場合（様式３－１）

イ ８の規定（補装具の個数）による判定を依頼する場合（様式３－１）

ウ 10(1)の規定（特例補装具）による判定を依頼する場合（様式３－１）

エ 補聴器の判定を依頼する場合（様式３－２）

オ 入院又は入所している障害者の車椅子について判定を依頼する場合（様式３－３）

カ 重度障害者用意思伝達装置の判定を依頼する場合（様式３－４）

(6) 「カタログ・仕様書」等

ア 重度障害者用意思伝達装置を判定依頼する場合は、当該装置の詳細内容がわかるカタログ・仕様書等を添付すること。

イ 姿勢保持装置を判定依頼する場合は、当該補装具の詳細内容がわかるカタログ・仕様書等を添付すること。

ウ 特例補装具（一部特例を含む。）を判定依頼する場合は、当該補装具の名称・形式・価格等を判別できるカタログ・仕様書等を添付すること。

エ その他、判定に必要である場合についても同様とすること。

(7) 「特例補装具に関する理由書」（様式 11）

10(1)の規定(特例補装具)による判定を依頼する場合に添付すること。

(8) 「補装具費支給意見書（難病等)」(様式 12)

11 の規定(難病患者等の補装具費支給)による判定を依頼する場合に添付すること。

(9) 「補装具借受けに係る意見書」(様式 13)

借受けによる判定を依頼する場合に添付すること。

(10) 「画像添付用紙」(様式 14)

修理、再交付申請の場合又は各部機能や部品・付属品等を追加申請する場合に添付すること。

6　判定

(1) 来所判定

ア　判定依頼を受けた更生相談所の長は、「補装具判定（適合判定）実施通知書」（様式４）により判定を行う日時等を市町の長に通知し、市町の長は速やかに「判定通知書」(様式例１号、２号) を作成し申請者及び補装具製作業者に通知すること。

イ　更生相談所の長は、申請者等の来所により、更生相談所医師による診察と判定依頼書等の内容に基づき判定を行い、「補装具判定書」（様式５）を作成し、市町の長に交付する。

ウ　更生相談所の長は、イの規定による「補装具判定書」（様式５）を交付するに当たり、必要に応じて「補装具処方箋」（様式６）を作成し、添付する。

(2) 書類判定

判定依頼を受けた更生相談所の長は、判定依頼書等の内容に基づき判定を行い、「補装具判定書」（様式５）を作成し市町の長に交付する。

ただし、更生相談所の長は、判定依頼の内容によって必要があると認める場合は、申請者等に更生相談所へ来所させて判定を実施した後、「補装具判定書」（様式５）を交付する。この場合、更生相談所の長は(1)の規定に準じて通知する。

(3) 借受けに係る判定

更生相談所の長は、市町から借受けの申請に基づく判定依頼の有無に関わらず、判定の過程で借受けによることが適当と判断できる場合は、借受けの必要性を判定し、想定される借受け期間、使用効果等を「補装具判定書」（様式５号）に記載すること。

7　適合判定

(1) 来所判定分

ア　更生相談所の長は、６(1)イの規定に基づいて製作された補装具について、補装具費支給意見書を作成した医師に「適合判定意見書」（様式７）の提出を求め、適合状況が良好であったこと等を確認の上、市町の長に「適合判定確認書」(様式８）を通知する。

イ　更生相談所の長は、６(1)ウの規定に基づいて製作された補装具の適合判定を実施する。

（ア）更生相談所の長は、「補装具判定（適合判定）実施通知書」（様式４）により

適合判定を行う日時等を市町の長に通知し、市町の長は速やかに「判定通知書」（様式例１号、２号）を作成し申請者及び補装具製作業者に通知すること。

（イ）更生相談所の長は、適合判定の結果、当該補装具が申請者に適合しないと認めた場合は、補装具製作業者に対し不備な箇所を指摘し改善させる。なお、改善を経て最終的に当該補装具の適合が認められた場合は、「適合判定書」（様式９）を作成し、市町の長に交付する。

(2) 書類判定分

更生相談所の長は、6 (2)の規定に基づいて製作された補装具について、補装具費支給意見書を作成した医師に「適合判定意見書」（様式７）の提出を求め、適合状況が良好であったこと等を確認の上、市町の長に「適合判定確認書」（様式８）を通知する。

8　補装具の個数

補装具費の支給対象となる補装具は原則として１種目につき１個である。

ただし、職業上又は教育上の理由において、２個目の支給（以下、２個交付という。）が特に必要と思われる場合は、市町の長は、5 (5)の規定に定める「補装具使用環境等調査書」（様式３）及びその他更生相談所の長が求める関係資料を添付し、判定を受けること。

２個交付の職業上又は教育上の理由については、就業又は就学の事実のみでなく、職業上又は教育上特に必要な具体的な使用環境等の事情に基づくことを必要とすること。

9　身体障害児の補装具費支給

(1) 身体障害児の補装具費支給に関しては、取扱指針に基づき行うが、身体障害者に対する判定との整合性を図るため、更生相談所の判定を必要とする種目について、市町の長が必要と認める場合は、更生相談所の長に技術的助言を求めることとし、５の規定に準じて技術的助言依頼をすることができる。

(2) 身体障害児から２個交付の支給申請があったときは、市町の長は８の規定に準じて技術的助言を求めなければならない。

(3) 技術的助言依頼を受けた更生相談所の長は、６の規定に準じて判定を行い「技術的助言通知書」（様式 10）を作成し市町の長に通知する。

10　特例補装具

身体障害者・児の障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、特例補装具の購入費用の支給申請があったときは、次のとおりとする。

(1) 判定（児の場合は技術的助言であり、以下「判定等」という。）依頼

市町の長は、５(5)の規定に定める「補装具使用環境等調査書」（様式３）、５(6)の規定に定める「カタログ・仕様書等」及び「特例補装具に関する理由書」（様式11）を添付して更生相談所の長に判定等を依頼すること。

(2) 判定等及び適合判定

６及び７に準じて行う。ただし、判定等については必要に応じ、静岡県特例補装具意見調整会議実施要領に基づく静岡県特例補装具意見調整会議に諮ることとする。

11　難病患者等の補装具費支給

原則、身体障害者・児の手続きに準ずるものとする。

市町において、難病患者等から補装具費の支給申請を受け付けるにあたり、「補装具費支給意見書（難病等）」（様式12）等により、総合支援法施行令に規定する特殊の疾患に該当するか否か、身体症状等の変動状況や日内変動等について確認すること。

附　　則

１　この要領は、平成 20 年４月１日から施行する。

２　この要領の施行に伴い、「補装具判定事務取扱要領」（平成 10 年９月 18 日付け障福第 687 号健康福祉部障害福祉課長通知。以下「現行要領」）及び「身体障害児基準外補装具判定事務取扱要領」（平成 12 年６月 19 日付け障身第 63 号健康福祉部障害者支援総室長通知。以下「基準外要領」）は廃止する。

３　この要領の施行前に、「現行要領」及び「基準外要領」の規定により行われた手続きは、この要領の相当規定により行われた手続きとみなす。

４　本文２(4)中の「かつ所属医学会において認定されている専門医（平成 14 年厚生労働省告示第 159 号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師)」については、施行の日から当分の間は、更生相談所の長が特に認めた場合はこれを適用しない。

附　　則

１　この要領は、平成 21 年 12 月 10 日から施行する。

２　この要領の施行の際現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

附　　則

１　この要領は、平成 23 年４月１日から施行する。

２　この要領の施行の際現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の

様式によるものとみなす。

附　　則

1　この要領は、平成25年6月13日から施行する。

2　この要領の施行の際、現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

3　本文2(4)中の「かつ所属医学会において認定されている専門医（平成19年厚生労働省告示第108号第1条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師）」については、施行の日から当分の間は、更生相談所の長が特に認めた場合はこれを適用しない。

附　　則

1　この要領は、平成31年4月18日から施行する。

2　この要領の施行の際、現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

附　　則

1　この要領は、令和6年12月24日から施行する。

2　この要領の施行の際、現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

附　　則

1　この要領は、令和8年4月1日から施行する。

2　この要領の施行の際、現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

様式１

第　　　号
年　月　日

判　定　依　頼　書

静岡県身体障害者更生相談所長　様

市　町　長

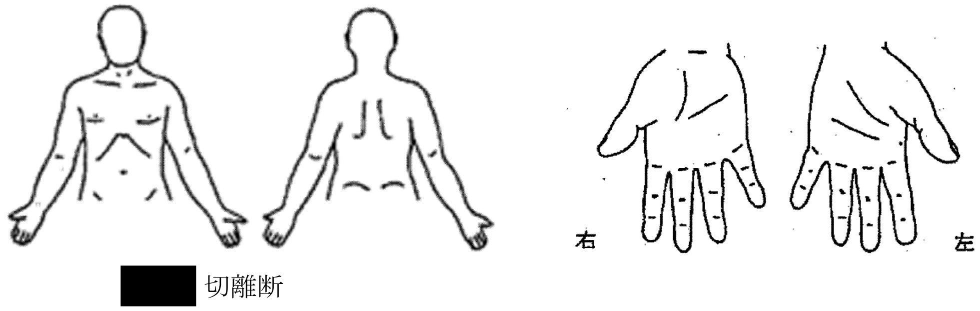
下記の者に対する補装具の判定を依頼します。

対象者	フリガナ		生年月日	
	氏　　名			
	住　　所			
身体障害者	手帳番号			
	交付日			
障害名				
申請の種類				
最近６年間の補装具購入・借受け・修理状況				
判定依頼 事　項				
備　考				

（お問合わせ先）
〇〇市町〇〇部〇〇課
住　　所
電話番号
メール

様式２－１－１（表面）

補装具費支給に関する意見書（殻構造義手用）

氏　　名		男･女	生年 月日	年　月　日
住　　所				歳
原因となった 疾病・外傷名	□先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　　　） 病名：(　　　　)			
疾病・外傷 発生年月	年　　月ごろ			
切断・離断 ・欠損部位	【上　肢】 右（□肩甲胸郭間　□肩　□上腕　□肘　□前腕　□手関節　□手根骨 □中手骨　□基節骨(第　　指)　□中節骨(第　　指)　□末節骨(第　　指)） 左（□肩甲胸郭間　□肩　□上腕　□肘　□前腕　□手関節　□手根骨 □中手骨　□基節骨(第　　指)　□中節骨(第　　指)　□末節骨(第　　指)） 参考図示（関係のない部分は記入不要） 			
切断施術	年　　月ごろ			
現在の 障害部位 の状況	【切断の場合は、断端の状態（断端長、傷の有無、成熟の程度等）、ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】			
使用中補装具 の状況	使用中の補装具（ あり ・ なし ）【ありの場合はその具体的状況（修理が必要な状況等）を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】			
処方補装具の 使用効果見込	【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。			

裏面に続く

様式２－１－１（裏面）

製作部位及び製作区分	【部位】☐右　☐左　☐両側 【区分】☐新規　☐再製作　☐修理　☐借受け			
処方補装具名 （採型区分・基本価格）	☐肩義手	☐上腕義手	☐肘義手	☐前腕義手
	☐手義手	☐手部義手	☐手指義手（☐多指　☐１指）	
型式	☐能動式	☐電動式	☐その他（☐装飾用　☐作業用）	
加算	☐肩甲胸郭間切断用	☐吸着式	☐顆上懸垂式	☐スプリットソケット
	☐チェックソケット（☐シリコーン又はライナー　☐透明プラスチック）			☐ﾀﾞｲﾚｸﾄｿｹｯﾄｼｽﾃﾑ
ソケット	☐皮革	☐熱硬化性樹脂	☐熱可塑性樹脂	☐電動式加算
ソフトインサート	☐皮革	☐軟性発泡樹脂	☐皮革・軟性発泡樹脂	
支持部	☐能動式	☐肩部　☐上腕部（☐熱硬化性樹脂　☐熱可塑性樹脂）　☐前腕部		
	☐電動式	☐肩部　☐上腕部　☐前腕部　☐手部		
	☐その他	☐肩部　☐上腕部（☐熱硬化性樹脂　☐熱可塑性樹脂） ☐前腕部（☐熱硬化性樹脂　☐熱可塑性樹脂）		
	☐肩義手：ソケット部形状修正 又は 上腕部との接続部の修正			
義手用ハーネス	☐胸郭ﾊﾞﾝﾄﾞ式ﾊｰﾈｽｰ式　☐肩たすき一式　☐８字ハーネス一式　☐９字ハーネス一式 ☐たわみ式肘継手　☐Ｙストラップ　☐上腕カフ（三頭筋パッド）			
断端袋	☐上腕用	☐前腕用		
外装　部位	☐肩部	☐上腕部	☐前腕部	
外装　素材	☐皮革	☐プラスチック	☐塗装	
完成用部品	肩継手	☐ 隔板式　☐ 屈曲・外転式　☐ ユニバーサル式 完成用部品名（　　　　）		
	肘継手	☐ 硬性たわみ式　☐ 単軸ヒンジ（1 遊動式　2 手動式　3 能動式） ☐ 多軸ヒンジ式　☐ 倍動ヒンジ（1 リンク式　2 歯車式） ☐ 能動単軸ブロック式　☐ 手動単軸ブロック式 完成用部品名（　　　　）		
	手継手	☐ 面摩擦式　☐ 軸摩擦式　☐ 迅速交換式　☐ 屈曲式　☐ 手部コネクタ 完成用部品名（　　　　）		
	手先具	☐ 能動ハンド　☐ 能動フック　☐ 装飾ハンド ☐ 装飾手袋（コスメチックグラブ）　☐ 作業用手先具 完成用部品名（　　　　）		
	その他	☐ ケーブルセット　☐ ハーネス部品　☐ ライナーロックアダプタ ☐ ライナー（ピンアタッチメント　あり・なし） ☐ その他（　　　　） 完成用部品名（　　　　）		
製作（購入）、修理・借受けにあたっての留意点等	【上記完成用部品以外の指定や、**継手・手先具等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合はその理由、他部品と比較した状況**など製作上の留意点について御記入ください。】			

上記のとおり意見します。

年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

作成医師氏名　　　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電 話 番 号　　　　（　　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

☐　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において当該医療を主として担当する医師

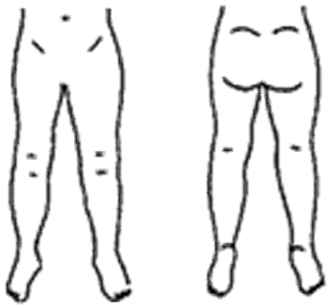
☐　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

☐　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県知事の定める医師

様式２－１－２（表面）

補装具費支給に関する意見書（殻構造義足用）

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>男･女</td><td>生年
月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td><td>歳</td></tr>
<tr><td>原因となった
疾病・外傷名</td><td colspan="5">□先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　　　）
（病名：　　　　）</td></tr>
<tr><td>疾病・外傷
発 生 年 月</td><td colspan="5">年　月ごろ</td></tr>
<tr><td>切断・離断
・欠損部位</td><td colspan="5">参考図示（関係のない部分は記入不要）
【下　肢】
右（□片側骨盤　□股　□大腿　□膝
□下腿　□足関節　□サイム　□ショパール
□リスフラン　□中足骨　□足指）

左（□片側骨盤　□股　□大腿　□膝
□下腿　□足関節　□サイム　□ショパール
□リスフラン　□中足骨　□足指）

■ 切離断</td></tr>
<tr><td>切断施術</td><td colspan="5">年　月ごろ</td></tr>
<tr><td>現 在 の
障害部位
の 状 況</td><td colspan="5">【筋力、関節可動域の制限、立位・歩行の状況、歩行の実用性（屋内、屋外での自立又は介助のレベル、連続歩行距離）、切断の場合は、断端の状態（断端長、傷の有無、成熟の程度等）、ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】</td></tr>
<tr><td>使用中補装具
の状況</td><td colspan="5">使用中の補装具（ あり ・ なし ）【ありの場合はその具体的状況（修理が必要な状況等）を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】</td></tr>
<tr><td>処方補装具の
使用効果見込</td><td colspan="5">【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】
※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。</td></tr>
</table>

裏面に続く

様式２－１－２（裏面）

製作部位及び製作区分		【部位】☐右　☐左　☐両側 【区分】☐新規　☐再製作　☐修理　☐借受け			
処方補装具名（採型区分・基本価格）		☐股義足	☐大腿義足	☐膝義足	☐下腿義足
		☐サイム義足	☐足根中足義足	☐足趾義足	
型式		☐差込式	☐ライナー式	☐吸着式	☐ＰＴＢ式
		☐ＰＴＳ式	☐ＫＢＭ式	☐ＴＳＢ式	☐有窓式
		☐足袋式	☐下腿部支持式		
加算		☐片側骨盤切断用	☐短断端切断用キップシャフト	☐坐骨収納型ソケット	☐大腿支柱付き
		☐チェックソケット（☐シリコーン又はライナー　☐透明プラスチック）			☐ダイレクトソケットシステム
ソケット	材料	☐木製	☐皮革	☐熱硬化性樹脂	☐熱可塑性樹脂
	加算	☐エアクッションソケット	☐カーボンストッキネット	☐下腿部支持式	
ソフトインサート		☐皮革	☐軟性発泡樹脂	☐皮革・軟性発泡樹脂	
		☐皮革・フェルト	☐シリコーン	☐下腿部支持式	
支持部	材料	☐股部　☐大腿部（☐木製　☐熱硬化性樹脂）　☐下腿部（☐木製　☐熱硬化性樹脂） ☐足部（軟性発泡樹脂）			
	加算	☐股義足：ソケット部形状修正 又は 股継手の土台積層修正　☐鉄脚使用			
義足懸垂用部品		☐懸垂帯一式　☐シレジアバンド一式　☐肩吊り帯　☐腰バンド　☐横吊帯 ☐義足用股吊帯一式　☐腰バンド　☐横吊帯　☐大腿コルセット一式　☐ＰＴＢカフベルト一式			
断端袋		☐大腿用	☐下腿用		
外装		☐皮革	☐プラスチック	☐塗装	☐表革
		☐裏革	☐リアルソックス　完成用部品名（　　　　　　）		
完成用部品	股継手	完成用部品名（　　　　　　　　）			
	膝継手	ヒンジ継手（１大腿遊動式　２下腿遊動式） 完成用部品名（　　　　　　　　）			
	足部	☐ 多軸足部　☐ ＳＡＣＨ足部　☐ 装飾足袋 完成用部品名（　　　　　　　　）			
	足部調整用部品	完成用部品名（　　　　　　　　）			
	その他	☐ 吸着バルブ　☐ 懸垂ベルト（☐ 股・大腿用　☐ 下腿用） ☐ ＫＢＭウェッジ　☐ ライナーロックアダプタ ☐ ライナー（ピンアタッチメント　あり・なし）　☐ ベルト付先ゴム ☐ ＳＡＣＨ式アンクルブロック　☐ リアルソックス　☐ 先ゴム　☐ 踵ゴム ☐ スプリングゴム　☐ サイム用ボルト　☐ フットカバー ☐スペクトラソックス　☐除圧パッド　☐その他（　　　　　） 完成用部品名（　　　　　　　　）			
製作（購入）、修理・借受けにあたっての留意点等		**【上記完成用部品以外の指定や、足部・継手等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合はその理由、他部品と比較した状況**など製作上の留意点について御記入ください。**】**			

上記のとおり意見します。

年　月　日

医療機関名

所　在　地

作成医師氏名　　　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電話番号　　（　　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

☐　身体障害者福祉法第 15 条第１項に基づく指定医

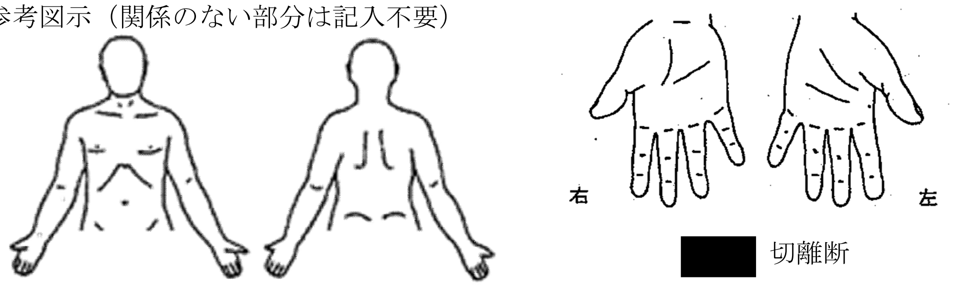
☐　指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師

☐　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

☐　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師

様式２－２－１（表面）

補装具費支給に関する意見書（骨格構造義手用）

氏　　名		男･女	生年 月日	年　月　日
住　　所				歳
原因となった 疾病・外傷名	□先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　　　　　） （病名：　　　　　　　　　　　　）			
疾病・外傷 発 生 年 月	年　　月ごろ			
切断・離断 ・欠損部位	【上　肢】 右（□肩甲胸郭間　□肩　□上腕　□肘　□前腕） 左（□肩甲胸郭間　□肩　□上腕　□肘　□前腕） 参考図示（関係のない部分は記入不要）  			
治療経過	【症状の経過及び診断･治療（既手術等）内容等について詳細に御記入ください。】 切断施術　　　　　年　　月ごろ			
現 在 の 障害部位 の 状 況	【切断の場合は、断端の状態（断端長、傷の有無、成熟の程度等）、ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】			
使用中補装具 の状況	使用中の補装具（ あり ・ なし ）【ありの場合はその具体的状況（修理が必要な状況等）を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】			
処方補装具の 使用効果見込	【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。			

裏面に続く

様式２－２－１（裏面）

製作部位及び製作区分		【部位】□右　□左　□両側 【区分】□新規　□再製作　□修理　□借受け
処方補装具名 (採型区分・基本価格)		□肩義手　□上腕義手　□肘義手　□前腕義手
型式		□能動式　□その他（　□装飾用　□作業用　）
加算		□肩甲胸郭間切断用　□吸着式　□顆上懸垂式　□スプリットソケット □チェックソケット（□シリコーン又はライナー□透明プラスチック）　□ダイレクトソケットシステム
ソケット		□皮革　□熱硬化性樹脂　□熱可塑性樹脂
ソフトインサート		□皮革　□軟性発泡樹脂　□皮革・軟性発泡樹脂
支持部		□肩義手用　□上腕義手用　□肘義手用　□前腕義手用 □肩義手：ソケット部形状修正 又は 上腕部との接続部の修正
義手用ハーネス		□胸郭バンド式肩ハーネス一式　□胸郭バンド式上腕ハーネス一式 □胸郭バンド式前腕ハーネス一式　□肩たすき一式　□８字ハーネス一式 □９字ハーネス一式　□上腕カフ（三頭筋パッド）
断端袋		□上腕用　□前腕用
外装		□肩義手用　□上腕義手用　□肘義手用　□前腕義手用
完成用部品	肩継手	□屈曲・外転式　□ユニバーサル式 完成用部品名（　　　）
	肘継手	□単軸式（単軸固定式）　□単軸式（軸摩擦式）　□作業用幹部式 完成用部品名（　　　）
	手継手	□面摩擦式　□軸摩擦式　□手屈曲式　□手部コネクタ　□作業用幹部式 完成用部品名（　　　）
	義手調整部品	□ソケットアダプター　□チューブ 完成用部品名（　　　）
	手先具	□装飾ハンド　□手袋（コスメチックグラブ）　□作業用手先具 完成用部品名（　　　）
	外装部品	□ コネクションプレート　□ フォームカバー 完成用部品名（　　　）
	その他	□ ハーネス部品 □ ライナーロックアダプタ □ ライナー（ピンアタッチメント　あり・なし） □ その他の部品（　　　） 完成用部品名（　　　）
製作（購入）、修理・借受けにあたっての留意点等		**【上記完成用部品以外の指定や、継手・手先具等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合はその理由、他部品と比較した状況**など製作上の留意点について御記入ください。】

上記のとおり意見します。

年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

作成医師氏名　　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電話番号　　　　（　　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

□　身体障害者福祉法第 15 条第１項に基づく指定医

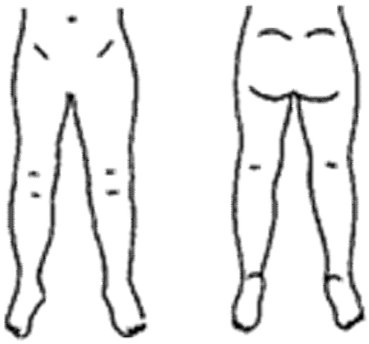
□　指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師

□　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

□　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師

様式２－２－２（表面）

補装具費支給に関する意見書（骨格構造義足用）

氏　　名	男･女　生年月日　　　年　　月　　日
住　　所	歳
原因となった疾病・外傷名	□先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　　　　　） (病名：　　　　　　　　)
疾病・外傷発生年月	年　　月ごろ
切断・離断・欠損部位	参考図示（関係のない部分は記入不要） 【下　肢】 右（□片側骨盤　□股　□大腿　□膝 □下腿　□足関節　□サイム） 左（□片側骨盤　□股　□大腿　□膝 □下腿　□足関節　□サイム）  ■ 切離断
治療経過	【 症状の経過及び診断･治療（既手術等）内容等について詳細に御記入ください。 】 切断施術　　　　年　　月ごろ
現在の障害部位の状況	【筋力、関節可動域の制限、立位・歩行の状況、歩行の実用性（屋内、屋外での自立又は介助のレベル、連続歩行距離）、切断の場合は、断端の状態（断端長、傷の有無、成熟の程度等）、ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】
使用中補装具の状況	使用中の補装具（ あり ・ なし ）【ありの場合はその具体的状況（修理が必要な状況等）を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】
処方補装具の使用効果見込	【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。

裏面に続く

様式２－２－２（裏面）

製作部位及び製作区分		【部位】☐右　☐左　☐両側 【区分】☐新規　☐再製作　☐修理　☐借受け			
処方補装具名 （採型区分 ・基本価格）		名称	型式	名称	型式
		☐股義足		☐下腿義足	☐差込式　☐ＰＴＢ式 ☐ＰＴＳ式　☐ＫＢＭ式 ☐ＴＳＢ式
		☐大腿義足	☐差込式 ☐ライナー式 ☐吸着式		
		☐膝義足		☐サイム義足	☐差込式　☐有窓式
加算		☐片側骨盤切断用	☐短断端切断用キップシャフト	☐坐骨収納型ソケット	☐大腿支柱付き
		☐チェックソケット（☐シリコーン又はライナー☐透明プラスチック）			☐ダイレクトソケットシステム
ソケット	材料	☐木製	☐皮革	☐熱硬化性樹脂	☐熱可塑性樹脂
	加算	☐エアクッションソケット		☐カーボンストッキネット	
ソフトインサート		☐皮革	☐軟性発泡樹脂	☐皮革・軟性発泡樹脂	
		☐皮革・フェルト	☐シリコーン		
支持部		☐股義足用	☐大腿義足用	☐膝義足用	☐下腿義足用
		☐股義足：ソケット部形状修正 又は 股継手の土台積層修正			
義足懸垂用部品		☐股義足用	☐懸垂帯一式		
		☐大腿義足用 ☐膝義足用	☐シレジアバンド一式　☐肩吊り帯　☐腰バンド　☐横吊帯 ☐義足用股吊帯一式		
		☐下腿義足用 ☐サイム義足用	☐腰バンド　☐横吊帯　☐大腿コルセット一式 ☐PTB カフベルト一式		
断端袋		☐大腿用　☐下腿用			
外装		☐股義足用　☐大腿義足用　☐膝義足用　☐下腿義足用　☐リアルソックス			
完成用部品	股継手	☐ カナダ式　☐ ロック式　完成用部品名（　　）			
	膝継手	☐ 単軸膝（1遊動式　2 ロック式） ☐ 安全膝（1空圧　2 コンピュータ制御　3 スプリング） ☐ 多軸膝（1遊動式（空圧・油圧・コンピュータ制御・スプリング）　2 ロック式） 完成用部品名（　　）			
	足継手	☐ 固定式（ＳＡＣＨ足用）　☐ 遊動式（1単軸足用　2 多軸足用） 完成用部品名（　　）			
	義足調整部品	☐ ブロック　☐ コネクタ　☐ チューブ　☐ クランプアダプタ　☐ ターンテーブル ☐ トルクアブソーバー　☐ 伸展屈曲装置　完成用部品名（　　）			
	足　部	☐ ＳＡＣＨ足部　☐ 単軸足部　☐ 多軸足部　☐ サイム用足部 完成用部品名（　　）			
	足部調整用部品	☐ バンパー　☐ ボルト　完成用部品名（　　）			
	外装用部品	☐ 保護カバー　☐ コネクションプレート　完成用部品名 ☐フォームカバー（1股・大腿用　2下腿用）（　　） ☐ストッキネット（1股・大腿用　2下腿用） ☐リアルソックス			
	その他	☐ 吸着バルブ　☐ 懸垂ベルト（1 股・大腿用　2 下腿用） ☐ ＫＢＭウエッジ　☐ バッテリーキット ☐ ライナーロックアダプタ　☐ ライナー（ピンアタッチメント なし・あり） ☐ その他の部品（1 フットカバー　2 スペクトラソックス　3 その他） 完成用部品名（　　）			
製作（購入）修理・借受けにあたっての留意点等		**【上記完成用部品以外の指定や、足部・継手等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合はその理由、他部品と比較した状況など製作上の留意点について御記入ください。】**			

上記のとおり意見します。

年　　月　　日

医療機関名

所在地

作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電話番号　　　　（　　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

☐　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において当該医療を主として担当する医師

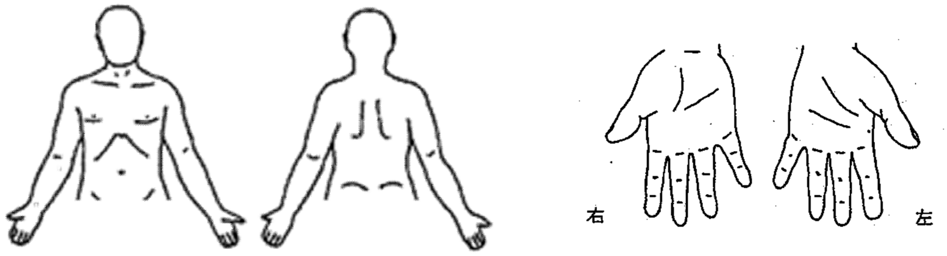
☐　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

☐　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に基づき都道府県が定める医師

様式２－３－１（表面）

補装具費支給に関する意見書（上肢装具・体幹装具用）

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>男･女</td><td>生年
月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td><td>歳</td></tr>
<tr><td>原因となった
疾病・外傷名</td><td colspan="5">□先天性　□疾病　□交通　□労災　　□その他（　　　　　　　　　　　　）
(病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)</td></tr>
<tr><td>疾病・外傷
発 生 年 月</td><td colspan="5">年　　月ごろ</td></tr>
<tr><td>治療経過</td><td colspan="5">【症状の経過及び診断・治療（既手術等）内容等について詳細に御記入ください。】</td></tr>
<tr><td rowspan="2">障害状況</td><td>□中枢性麻痺</td><td>部　位</td><td colspan="2">ブルンストローム・ステージ</td><td rowspan="2">感覚評価
なし　/　感覚鈍麻
感覚脱失 / 異常感覚
その他（　　　　）
評価不可能</td></tr>
<tr><td>□末枢性麻痺
□筋・骨格系</td><td>部　位</td><td colspan="2">(障害に関わる部位の)
MMT、ROM</td></tr>
<tr><td>現 在 の
身体状況</td><td colspan="5">【上肢・手指の変形、ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】

参考図示（関係のない部分は記入不要）

×　変形　　　感覚障害　　　運動障害</td></tr>
<tr><td>使用中補装具
の状況</td><td colspan="5">使用中の補装具（ あり ・ なし ）【ありの場合はその具体的状況（修理が必要な状況等）を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】</td></tr>
<tr><td>処方補装具の
使用効果見込</td><td colspan="5">【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】
※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。</td></tr>
</table>

裏面に続く

様式２－３－１（裏面）

製作部位及び製作区分	【部位】☐右　☐左　☐両側 【区分】☐新規　☐再製作　☐修理　☐借受け

処方舗装具名（採型区分・基本価格）	※別紙「補装具一覧（装具）」の該当する区分等を御記入ください。各項目欄左側数字等による記入も可			
	区分	名　称	定　義	採型区分
				☐採型　☐採寸 採型区分（　　　）

上肢装具				
継手	肩 継 手	☐固定式　☐遊動式　☐肩回旋装置	完成用部品名（　　　）
	肘 継 手	☐固定式　☐遊動式　☐プラスチック継手	完成用部品名（　　　）
	手 継 手	☐固定式　☐遊動式　☐プラスチック継手	完成用部品名（　　　）
	MP 継 手	☐固定式　☐遊動式	
	IP 継 手	☐固定式　（☐硬性　☐フレーム）　☐遊動式　☐鋼線支柱	
支持部	胸 郭 支 持 部	☐硬性　☐フレーム	
	骨 盤 支 持 部	☐硬性　☐フレーム	
	上 腕 支 持 部	☐半月　皮革等（☐カフベルト　☐上腕コルセット）　☐硬性	
	前 腕 支 持 部	☐半月　皮革等（☐カフベルト　☐前腕コルセット）　☐硬性	
	手部背側パッド	☐硬性　☐フレーム	
	手 掌 パ ッ ド	☐硬性　☐フレーム	
その他の加算要素	☐肘サポーター（☐支柱付き　☐支柱なし）　☐基節骨パッド（☐硬性　☐フレーム） ☐中・末節骨パッド（☐硬性　☐フレーム）　☐対立バー　☐C バー　☐アウトリガー ☐伸展・屈曲補助バネ(☐輪ゴム)　☐肘当て　☐ターンバックル　☐ダイヤルロック ☐フレクサーヒンジ　☐内張り（☐上腕部　☐前腕部　☐手部）		
完成用部品	☐把持装具（ＢＦＯ）　完成用部品名（　　　） ☐指装具用　完成用部品名（　　　） ☐その他支柱　完成用部品名（　　　）		

体幹装具			
支持部	頸　椎	☐硬性(☐支柱付き　☐支柱なし)　☐フレーム　☐カラー（あご受け ☐あり ☐なし）
	胸腰仙椎	☐硬性(☐支柱付き　☐支柱なし)　☐フレーム　☐軟性
	腰 仙 椎	☐硬性(☐支柱付き　☐支柱なし)　☐フレーム　☐軟性
	仙　腸	☐硬性(☐支柱付き　☐支柱なし）☐フレーム ☐軟性　☐骨盤帯（☐芯あり☐芯なし）
	骨　盤	☐皮革　☐硬性　ペルビックガードル
	☐硬性のサンドイッチ構造	
その他の加算要素	体幹装具付属品	☐高さ調整　☐ターンバックル　☐腰部継手　☐バタフライ ☐肩ベルト　☐会陰ひも　☐腹部エプロン　☐斜頚枕
	側弯症装具付属品	☐ミルウォーキー型付属品一式　☐胸椎パッド　☐腰椎パッド ☐ショルダーリング　☐腋窩パッド　☐ネックリング　☐胸部バンド ☐アウトリガー　☐前方支柱　☐後方支柱　☐側方支柱
	内張り	☐頸椎支持部　☐胸腰仙椎支持部　☐腰仙椎支持部　☐仙腸支持部
完成用部品名		

製作（購入）、修理・借受けにあたっての留意点等	【上記完成用部品以外の指定や、**継手等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合はその理由、他部品と比較した状況**など製作上の留意点について御記入ください。】

上記のとおり意見します。

　　　　年　月　日

医療機関名

所　在　地

作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電　話　番　号　　　　　（　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

☐　身体障害者福祉法第 15 条第１項に基づく指定医

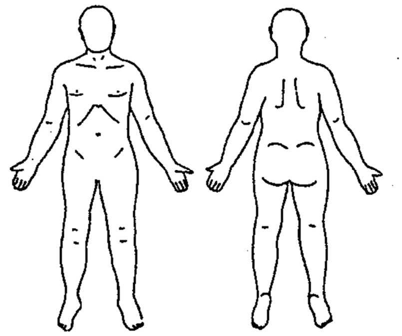
☐　指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師

☐　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

☐　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師

様式２－３－２（表面）

補装具費支給に関する意見書（下肢・靴型装具用）

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2">　　　　男･女</td><td>生年
月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td><td>歳</td></tr>
<tr><td>原因となった
疾病・外傷名</td><td colspan="5">□先天性　□疾病　□交通　□労災　　□その他（　　　　　　　　　　）
(病名 :　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)</td></tr>
<tr><td>疾病・外傷
発 生 年 月</td><td colspan="5">年　　月ごろ</td></tr>
<tr><td>治療経過</td><td colspan="5">【症状の経過及び診断・治療（既手術等）内容等について詳細に御記入ください。】</td></tr>
<tr><td rowspan="2">障害状況</td><td>□中枢性麻痺</td><td>部　位</td><td colspan="2">ブルンストローム・ステージ</td><td rowspan="2">感覚評価
なし / 感覚鈍麻
感覚脱失 / 異常感覚
その他（　　　　）
評価不可能</td></tr>
<tr><td>□末枢性麻痺
□筋・骨格系</td><td>部　位</td><td colspan="2">(障害に関わる部位の)
MMT、ROM</td></tr>
<tr><td>現 在 の
身体状況</td><td colspan="5">【下肢の変形、脚長差、立位・歩行の状況、歩行の実用性（屋内、屋外での自立又は介助のレベル、連続歩行距離）等、ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】
参考図示（関係のない部分は記入不要）

×　変形　感覚障害　運動障害</td></tr>
<tr><td>使用中補装具
の状況</td><td colspan="5">使用中の補装具（ あり ・ なし ）【ありの場合はその具体的状況（修理が必要な状況等）を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】</td></tr>
<tr><td>処方補装具の
使用効果見込</td><td colspan="5">【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】
※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。</td></tr>
</table>

裏面に続く

様式２－３－２（裏面）

<table>
<tr><td>製作部位
及び製作区分</td><td colspan="4">【部位】□右　　□左　　□両側
【区分】□新規　　□再製作　□修理　□借受け</td></tr>
<tr><td rowspan="3">処方補装具名（採型区分・基本価格）</td><td colspan="4">※別紙「補装具一覧（装具）」の該当する区分等を御記入ください。各項目欄左側数字等による記入も可</td></tr>
<tr><td>区分</td><td>名　称</td><td>定　義</td><td>採型区分</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>□採型　　□採寸
採型区分（　　　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8">下肢装具</td><td rowspan="3">継手</td><td>股 継 手</td><td>□固定式　□遊動式</td><td>完成用部品名（　　　　）</td></tr>
<tr><td>膝 継 手</td><td>□固定式　□遊動式　□プラスチック継手</td><td>完成用部品名（　　　　）</td></tr>
<tr><td>足 継 手</td><td>□固定式　□遊動式　□プラスチック継手</td><td>完成用部品名（　　　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">支持部</td><td>大腿支持部</td><td colspan="2">□半月　　□皮革等（□カフベルト　□大腿コルセット）
□硬性（□熱硬化性樹脂　□熱可塑性樹脂）□坐骨支持式　□カーボン使用</td></tr>
<tr><td>下腿支持部</td><td colspan="2">□半月　　□皮革等（□カフベルト □下腿コルセット）
□硬性（□熱硬化性樹脂 □熱可塑性樹脂）
□ＰＴＢ式、ＰＴＳ式及びＫＢＭ式　□カーボン使用</td></tr>
<tr><td>足　　部</td><td colspan="2">□あぶみ　　完成用部品名（　　　　）
□足部〔□足部覆い □標準靴　□硬性（□熱硬化性樹脂　□熱可塑性樹脂）
□足底装具（□ＭＰ関節遠位　□ＭＰ関節近位）
□足板の補強　□カーボン使用　□ベルト追加（　　本）</td></tr>
<tr><td>その他の加算要素</td><td colspan="3">□膝サポーター（□支柱付き □支柱なし）　□キャリパー　□ツイスター（□硬性　□軟性）
□デニスブラウン型　□膝当て　□T・Yストラップ　□スタビライザー　□ターンバックル
□ダイヤルロック　□アウトリガー　□伸展・屈曲補助装置　□補高足部　□足底裏革
□高さ調整　□内張り（□大腿部　□下腿部 □足部　□足底装具）　□足底装具屋内用ベルト</td></tr>
<tr><td colspan="4">発育性股関節形成不全用装具の加算要素（　　　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">靴型装具</td><td rowspan="5">製作要素</td><td colspan="2">左（ □患側　□健足 ）</td><td>右（ □患側　□健足 ）</td></tr>
<tr><td colspan="2">□採型　□採寸（採型区分：　　　）</td><td>□採型　□採寸（採型区分：　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">□短靴　□チャッカ靴　□半長靴　□長靴</td><td>□短靴　□チャッカ靴　□半長靴　□長靴</td></tr>
<tr><td colspan="2">□整形靴　□特殊靴</td><td>□整形靴　□特殊靴</td></tr>
<tr><td colspan="2">□グッドイヤー式　□マッケイ式</td><td>□グッドイヤー式　□マッケイ式</td></tr>
<tr><td>加算要素</td><td colspan="3">□月型の延長　□スチールバネ入り　□トウボックスの補強　□鉛板の挿入　□足背ベルト
□ベルト（裏付き）の追加　□補高　　　ｃｍ（□敷き皮式　□靴の補高）　脚長差　　　ｃｍ
□ヒールの補正
【□トルクヒール　□ヒールウェッジ　□カットオフヒール　□キールヒール □サッチヒール
□トーマスヒール　□逆トーマスヒール　□フレアヒール　□階段状ヒール】
足底の補正
【□内側ソール・ウェッジ　□外側ソール・ウェッジ　□デンバーバー　□トーマスバー
□メイヨー半月バー　□メタターサルバー　□ハウザーバー　□ロッカーバー　□蝶型踏み返し】</td></tr>
<tr><td>製作、修理・借受けにあたっての留意点等</td><td colspan="4">【上記完成用部品以外の指定や、継手等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合はその理由、他部品と比較した状況など製作上の留意点について御記入ください。】</td></tr>
</table>

上記のとおり意見します。

年　月　日

医療機関名

所　在　地

作成医師氏名　　　　　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電 話 番 号　　　　（　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

□　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において当該医療を主として担当する医師

□　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

□　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師

（別紙）

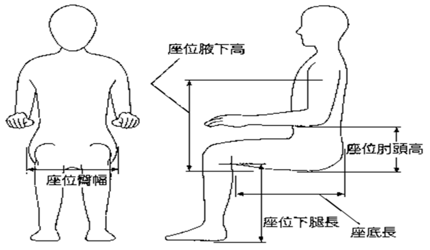
補装具一覧（装具）

区　分	名　称	定　　義
1 下肢装具	(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
2 靴型装具		A　長靴
		B　半長靴
		C　チャッカ靴
		D　短靴
3 体幹装具	(1) 頚椎装具	A　硬性
		B　フレーム
		C　カラー
		D　斜頚矯正用枕（児童に限る）
	(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) 仙腸装具	A　硬性
		B　フレーム
		C　軟性
		D　骨盤帯
	(5) 側弯彎症装具	A　硬性
		B　フレーム
		C　軟性
4 上肢装具	(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　掌側（背側）支柱付
		E　軟性
	(4) 手装具	A　硬性
		B　フレーム
		C　軟性
	(5) 指装具	A　硬性
		B　フレーム
		C　軟性
	(6) ＢＦＯ	

様式２－４（表面）

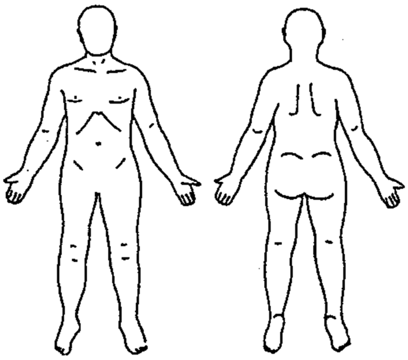
補装具費支給に関する意見書（姿勢保持装置用）

氏　　名		男･女	生年月日	年　　月　　日
住　　所				歳
原因となった疾病・外傷名	□先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　　） （病名：　　　）			
疾病・外傷発生年月	年　　月ごろ			



身体・障害等の状況				
【身体寸法】		座位肘頭高		
身　　長		座位下腿長		
体　　重		座位臀幅		
座位腋下高		座　底　長		
心臓等その他機能障害				
※関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入	上肢機能			
	下肢機能			
	体幹機能			
運動障害（右記図示）	□弛緩性麻痺　□痙性麻痺　□固縮　□不随意運動 □振戦　□運動失調　□その他（　　　）			
感覚障害（右記図示）	□　腰背部（□ 脱失　□ 重度　□ 軽度　□ なし） □　臀部　（□ 脱失　□ 重度　□ 軽度　□ なし）			
褥瘡の有無	□　あり　□　現在はないが過去にできたことあり　□　過去・現在ともなし			
臀部の状態	□　異常なし　□　皮膚の発赤、変色あり　□　痩せており、骨の突出あり			
頭部保持	□　自力にて可　□　支持があると可　□　不可（脱落方向/前　後　左　右）			
座　　位	□　自力にて可　□　支持（□頭部　□背部）があると可 □　不可（脱落方向/前　後　左　右）　※ 多動により座位保持不可の場合は対象外			
立ち上がる	□　自力にて可　□　介助があると可　□　不可			
起立位保持	□　正常に可能　□　（１時間・30 分・10 分）以上困難　□　不能			
移　　乗	□　自力にて可　□　一部介助にて可　□　全介助			
車椅子の操作	□　自力にて可　□　辛うじて自力にて可　□　不可 ※　自走可の場合→操作方法{両手・右手・左手・右足・左足}{室内のみ・室外も可}			

参考図示（関係のない部分は記入不要）



使用中の補装具の状況	【使用中の場合はその具体的状況（修理が必要な状況等）を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】
処方補装具の使用効果見込	【 処方補装具使用によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。

裏面に続く

様式２－４（裏面）

姿勢保持装置処方内容	【製作区分】□新規　□再製作　□修理　□借受け		
	□オーダーメイド　□レディメイド　商品名（　　　　　　　　）		
	基本価格（身体部位）	採型	□頭・頸部　□上肢　□体幹部　□骨盤・大腿部
		採寸	□頭・頸部　□上肢　□体幹部　□骨盤・大腿部　□下腿・足部
	支持部	頭部	□頭部支え　□フレックス構造
		上肢	□上肢支え　□前腕・手部支え　□フレックス構造
		体幹部	□平面形状型　□モールド型　□張り調節型　□フレックス構造
		骨盤・大腿部	□平面形状型　□モールド型　□張り調節型　□フレックス構造
		下腿部	□下腿支え　□フレックス構造
		足部	□足台　□フレックス構造
	支持部の連結部	固定	□頸部　□腰部　□膝部　□足部
		遊動	□腰部　□膝部　□足部
		角度調整用部品	□機械式　□ガス圧式　□電動式
	構造フレーム	使用材料	□木材　□金属　□完成用部品名（　　　　　　　　）
		付加機能	□車椅子及び電動車椅子機能　□ティルト機構　□昇降機構
	部品・付属品	カットアウトテーブル	□テーブル　□表面クッション張り　□テーブル取付部品
		上肢保持部品	□アームサポート　□肘パッド　□縦型グリップ　□横型グリップ
		体幹保持部品	□頭頚部パッド　□肩パッド　□胸パッド　□胸受けロール □体幹パッド　□腰部パッド
		骨盤保持部品	□骨盤パッド　□臀部パッド
		下肢保持部品	□内転防止ﾊﾟｯﾄﾞ　□外転防止ﾊﾟｯﾄﾞ　□膝ﾊﾟｯﾄﾞ □下腿保持ﾊﾟｯﾄﾞ　□足部保持パッド
		ベルト部品	□肩　□腕　□手首　□胸　□骨盤　□股　□大腿　□膝　□下腿　□足首
		支持部カバー	□頭部　□上肢　□体幹部（□平面形状型　□モールド型　□張り調整型） □骨盤･大腿部（□平面形状型　□モールド型　□張り調整型） □下腿部　□足部
			□脱着式　□防水加工
		内張り	□アームサポート　□テーブル
		体圧分散補助素材	□頭部　□上肢　□体幹部　□骨盤･大腿部　□下腿部　□足部
		その他	□キャスター（□標準　□多機能） □介助用グリップ　□ストッパー　□高さ調整用台座
	調節機構	高さ調節	□頭部支持部　□体幹支持部　□骨盤･大腿支持部　□足部支持部　□アームサポート
		前後調節	□頭部支持部　□骨盤･大腿支持部　□足部支持部
		角度調節	□頭部支持部　□テーブル
		脱着機構	□体幹パッド　□骨盤パッド　□膝パッド　□アームサポート　□内転防止パッド
		開閉機構	□アームサポート　□足部支持部
製作、修理・借受けにあたっての留意点等	【完成用部品の型式等、高機能・高額な完成用部品を使用する場合はその理由、他部品と比較した状況など製作上の留意点について御記入ください。】		

上記のとおり意見します。

年　月　日

医療機関名

所在地

作成医師氏名　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電話番号　　　（　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

□　身体障害者福祉法第 15 条第１項に基づく指定医

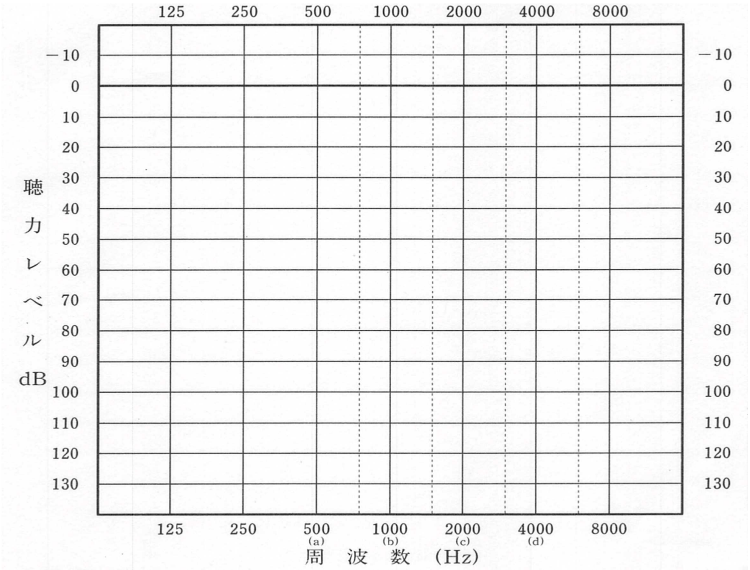
□　指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師

□　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

□　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師

様式２－５（表面）

補装具費支給に関する意見書（補聴器用）

氏　　名	男・女	生年月日	年　　月　　日	
住　　所				歳
障害名及び原因となった疾病・外傷名（○をつける）	右　感音・伝音・混合　　難聴 左　感音・伝音・混合　　難聴 語音明瞭度不明瞭 その他（　　　　　　　　　）	疾病・傷病発生年月	年　　月ごろ	障害等級　　　　級
現　　症	オージオグラム記載欄（※貼り付けも可）  4分法による聴力レベル（右　　　　dB）（左　　　　dB）　聴力測定日　　年　　月　　日 語音明瞭度検査　（右　　　　%）（左　　　　%）　検査日　　年　　月　　日			
補聴器の装用効果	□　新規申請 □試用した　（□効果あり　□効果なし　□効果不明（　　　　　　　）） □未定（児のみ選択可） □　再申請 現在の状況 補聴器を　　□使用中（形式　　　　　　　　）□なし			

裏面に続く

※太枠欄は記入しないでください。

身体障害者更生相談所審査欄	
審査結果	1　適当　　2　不適当　　3　要確認
	【審査結果が２～３の場合は、その理由・内容等】
審査医師	印　（自署の場合は押印不要）
審査年月日	年　　月　　日

必要とする補聴器等の装用耳の欄に○を記載してください。（両耳装用の場合は左右両方に○）
また、必ず、障害等級（２級～６級）に応じた名称・形式の補聴器（高度、重度、他）を選定してください。

名　称・付属品	左	右	対　象　者
高度難聴用ポケット型			原則として、装用耳の平均聴力レベルが 90 dB未満（手帳６級、４級の障害程度に相当）の方
高度難聴用耳かけ型			
重度難聴用ポケット型			原則として、装用耳の平均聴力レベルが 90 dB以上（手帳３級、２級の障害程度に相当）の方
重度難聴用耳かけ型			
耳あな型（レディメイド）			身体上・職業上等の理由で、ポケット型及び耳かけ型補聴器の使用が困難な方（オーダーメイドの場合は障害状況、耳の形状等レディメイド対応不可の方）
耳あな型（オーダーメイド）			
骨導式ポケット型			伝音性・混合性難聴であって、耳漏が著しい方又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ耳栓又はイヤーモールドの仕様が困難な方
骨導式眼鏡型			
デジタルワイヤレス補聴システム			教育上、職業上等の理由で必要な方（原則１個）
イヤーモールド			

※　支給対象となる補聴器等は原則１個です。

※　両耳装用が必要な場合、又は　耳あな型・骨導式・デジタルワイヤレス補聴システムを選定した場合には、該当する項目にレ点を記入してください。

・両耳装用、デジタルワイヤレス補聴システム必要な理由
　□教育上の理由　（□言語習得　□学習効果の改善　□音の認識・方向性の改善）
　□職業上の理由　（□危険防止　□作業効率の向上　□業務対応上の必要性）
・耳あな型、骨導式が必要な理由
　□身体上の理由（□耳介の欠損・変形　□耳漏が著しい　□外耳道閉鎖症等）
　□その他（該当する場合は記入　）

※　耳あな型オーダーメイドの必要性について（レディメイドでは対応できない理由を御記入ください）

（該当する場合は記入　）

その他製作にあたっての留意点等

上記のとおり意見します。

年　月　日

医療機関名
所在地
作成医師氏名　　印　（自署の場合は押印不要）
電話番号　（　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

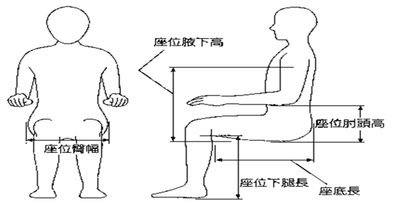
□　身体障害者福祉法第 15 条第１項に基づく指定医
□　指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師
□　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師
□　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師

様式２－６（表面）

補装具費支給に関する意見書（車椅子用）

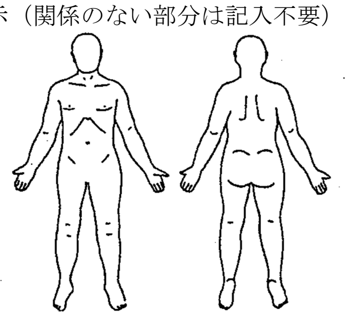
氏　　名		男・女	生年月日	年　　月　　日
住　　所				歳
現在の居所	□在宅　□病院　□施設　□その他（　　　　　） (在宅以外の名称：　　　　　　)(入居(予定)期間：　　　～　　　)			
同居者の状況	なし・あり（父・母・配偶者・子・兄弟・祖父母・孫・その他　　　　）			
原因となった疾病・外傷名	□先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　　　　） (病名：　　　　　　)			
発生年月	年　　月ごろ			

【身体寸法】		座位肘頭高	
身　　長		座位下腿長	
体　　重		座位臀幅	
座位腋下高		座底長	



現在の身体・活動状況		
	感覚障害（下記図示）	□　腰背部（□　なし　□　脱失　□　重度　□　軽度） □　臀部　（□　なし　□　脱失　□　重度　□　軽度）
	運動障害（下記図示）	□　なし　□　弛緩性麻痺　□　痙性麻痺　□　固縮　□　不随意運動 □　振戦　□　運動失調　□　その他（　　　　　）
	褥瘡の有無	□　あり　□　現在はないが過去にできたことあり　□　過去・現在ともなし
	臀部の状態	□　異常なし　□　皮膚の発赤、変色あり　□　痩せており、骨の突出あり
	立ち上がる	□　自力にて可　□　（つかまり・支え）にて可　□　不可
	起立位保持	□　自力にて可　□　（つかまり・支え）にて可　□　不可
	歩　　行	□　屋内（階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲）歩行可能　□　不可 （□ 自力にて可　□ 手すり・壁　□ 杖　□ 義肢・装具） □　屋外移動可（□ 自力にて可　□ 杖　□ 義肢・装具）
	車椅子への移乗	□　自力にて可　□　一部介助にて可　□　全介助
	ステップの操作	□　自力にて可　□　一部介助にて可　□　全介助
	座　　位	□　自力にて可　□　支持（背部・頭部）があると可　□　不可
	除圧動作	□　自力にて可　□　プッシュアップ等により可　□　不可
	車椅子の操作	□　自力にて可　□　部分的に可　□　不可 **※自力・部分的に可の場合→操作方法**｛右手・左手・右足・左足｝｛室内のみ・室外も可｝

現在の障害状況（筋力、関節可動域など）	【ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】　参考図示（関係のない部分は記入不要）
使用中補装具の状況	使用中の補装具（あり・なし） 【ありの場合はその具体的状況（修理が必要な状況等）を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】
処方補装具の使用効果見込	【処方補装具を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】



×　変形　■　切離断　▨　感覚障害　☰　運動障害

裏面に続く

様式２－６（裏面）

製作区分	□新規　□再製作　□修理		
作成方法	□モジュラー式（標準）（商品名　　　）□オーダーメイド式　□レディメイド式（商品名　　　）		
基本価格	身体部位		□標準（上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部）　□頭頸部
本体価格	名称		□自走用　□介助用
機構加算	名称		□リクライニング機構　□ティルト機構 □ティルト・リクライニング機構　□リフト機構
構造部品加算	基本構造		□後方大車輪（標準）　□前方大車輪　□６輪構造　□幅止め構造（　　本）
	シート		□スリング式（標準）　□張り調整式　□板張り式　□奥行調整構造
	バックサポート	名称	□スリング式（標準）　□張り調整式
		備考	□ワイドフレーム　□バックサポート延長　□高さ調整構造 □背座角度調整構造　□背折れ構造
	フット・レッグサポート（片側）		□固定式（標準）　□挙上式　□着脱式　□開閉着脱式 □挙上・開閉着脱式　□レッグベルト（全面張り）
	フットサポート	名称	□セパレート式（標準）　□セパレート式（二重折込式）　□中折式
		備考	□前後調整構造　□角度調整構造　□左右調整構造
	アームサポート（片側）	名称	□フレーム一体型　□固定式（標準）　□跳ね上げ式　□着脱式 □独立型　□固定式（標準）　□跳ね上げ式　□着脱式
		備考	□高さ調整構造　□角度調整構造　□アームサポート拡幅　□アームサポート延長
	ブレーキ		□駐車ブレーキ（標準）　□介助用ブレーキ　□フットブレーキ **（自走用車椅子で介助者用ブレーキが必要な理由：　　　　　　）**
	駆動輪・主輪	名称	□固定式（標準）　□着脱式
		備考	□車軸位置調整構造　□キャンバー角度変更　□片手駆動構造　□レバー駆動構造
	タイヤ		□エア（標準）　□ノーパンク
	キャスタ		□ソリッド（標準）　□衝撃吸収タイプ
	ハンドリム	名称	□プラスチック（標準）　□ステンレス　□アルミ
		備考	□ピッチ 30㎜ 超　□片手駆動構造
付属品	クッション（カバー付き）	名称	□平面形状型　□モールド型
		備考	□ゲル素材　□多層構造　□立体編物　□滑り止め加工　□防水加工
	座板		□座板　□クッション一体型（クッションとの併用加算不可）
	背クッション		□背クッション　□滑り止め加工
	ヘッドサポート		□着脱式（枕含む □オーダーメイド）□マルチタイプ（枕含む □オーダーメイド） □枕（オーダーメイド）　□枕（レディメイド）
	フットサポート		□ヒールループ　□アンクルストラップ　□ステップカバー
	テーブル		□テーブル　□テーブル取付部品
	転倒防止装置		□パイプ　□キャスタ付き（ □折りたたみ構造）
	□搭載台（□呼吸器搭載台　□痰吸引機搭載台　□携帯用会話補助装置搭載台）□車載固定部品（　　個） □杖たて（□一本杖　□多脚つえ）　□酸素ボンベ固定装置　□栄養パック取付用ガードル架 □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） □高さ調整式手押しハンドル　□ブレーキ（延長レバー）□ハンドリム（□滑り止め　□ノブ付き（□垂直ノブ））		
製作（購入）、修理にあたっての選定理由、留意点	**【型式・各機構、サポート部、クッション及び付属品等の選定理由、他部品と比較した状況等の詳細を御記入ください。】**		

上記のとおり意見します。

年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電　話　番　号　　　　（　　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

□　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において当該医療を主として担当する医師

□　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

□　**【難病患者等に限る】**難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師

《参　考》

車椅子処方にあたっての留意事項

〈オーダーメイド対象者〉
1　体格・体型が JIS 規格の既製品では適合しない者
2　障害者の身体状況に個別に対応することが必要な者

〈自走用対象者〉
原則として自力走行が可能か若しくはその可能性のある者

〈片手駆動型対象者〉
片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者

〈レバー駆動型対象者〉
片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、効果的に操作可能な者

〈前方大車輪型対象者〉
肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者

〈リクライニング機構対象者〉
1　頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、発作防止のため随時に仰臥姿勢をとる必要がある者
2　リウマチ性の障害等により四肢・体幹に著しい運動制限があり、座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要のある者
3　股関節拘縮や強直がある者

〈ティルト機構対象者〉
脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等

〈リフト機構対象者〉
リフト式を使用することにより、車椅子への自力乗降が可能となる者

〈クッションの構造及び対象者〉
車椅子付属品のクッションを、単に座り心地を良くする目的で支給するのは適当ではありません。
車椅子を使用する際、下記の障害状況に該当する場合にクッションの支給対象となります。

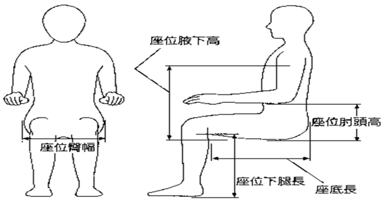
1　平面形状型
⑴　平面を主体として構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせて姿勢を保持する機能を有するもの
⑵　座位保持は可能だが、使用時間により殿部に褥瘡の危険性がある者
2　モールド型
⑴　身体の形状に合わせた三次曲面で構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせて姿勢を保持する機能を有するもの
⑵　座位保持が困難で、殿部・大腿形状に沿った形状のクッションが必要な者
3　ゲル素材
⑴　クッションの一部にゲル素材が使用されているもの
⑵　殿部の褥瘡の危険性がある者
4　多層構造（立体編物との併用加算はできない）
⑴　固さが異なる素材を３層以上重ねて作製されているもの
⑵　座位保持は可能だが、使用時間により殿部に褥瘡の危険性がある者
5　立体編物（多層構造との併用加算はできない）
⑴　樹脂等を糸状に射出し、３次元形状に成形したもの
⑵　褥瘡の危険性があり、汚損への対応を要する者

様式２－７（表面）

補装具費支給に関する意見書（標準形電動車椅子用）

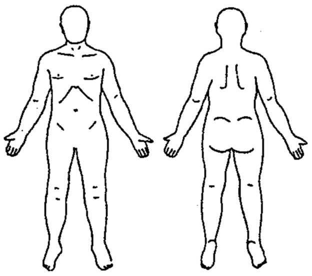
氏　名		男･女	生年月日	年　月　日	
住　所					歳
現在の居所	□在宅　□病院　□施設　□その他（　　） (在宅以外の名称：　　) (入居(予定)期間：　～　)				
同居者の状況	なし・あり（父・母・配偶者・子・兄弟・祖父母・孫・その他　　）				
原因となった疾病・外傷名	□先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　） (病名：　　)				
発生年月	年　月ごろ				

【身体寸法】		座位肘頭高	
身　長		座位下腿長	
体　重		座位臀幅	
座位腋下高		座底長	



現在の身体・活動状況	感覚障害 (下記図示)	□　腰背部（□　なし　□　脱失　□　重度　□　軽度） □　臀部　（□　なし　□　脱失　□　重度　□　軽度）
	運動障害 (下記図示)	□　なし　□　弛緩性麻痺　□　痙性麻痺　□　固縮　□　不随意運動 □　振戦　□　運動失調　□　その他（　　）
	褥瘡の有無	□　あり　□　現在はないが過去にできたことあり　□　過去・現在ともなし
	臀部の状態	□　異常なし　□　皮膚の発赤、変色あり　□　痩せており、骨の突出あり
	立ち上がる	□　自力にて可　□　（つかまり・支え）にて可　□　不可
	起立位保持	□　自力にて可　□　（つかまり・支え）にて可　□　不可
	歩　行	□　屋内（階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲）歩行可能　□　不可 （□ 自力にて可　□ 手すり・壁　□ 杖　□ 義肢・装具） □　屋外移動可（□ 自力にて可　□ 杖　□ 義肢・装具）
	車椅子への移乗	□　自力にて可　□　一部介助にて可　□　全介助
	ｽﾃｯﾌﾟの操作	□　自力にて可　□　一部介助にて可　□　全介助
	座　位	□　自力にて可　□　支持（背部・頭部）があると可　□　不可
	除圧動作	□　自力にて可　□　プッシュアップ等により可　□　不可
	車椅子の操作	□　自力にて可　□　部分的に可　□　不可 **※自力・部分的に可の場合→操作方法**　{右手・左手・右足・左足}{室内のみ・室外も可}

現在の障害状況（筋力、関節可動域など）	【ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】　参考図示（関係のない部分は記入不要）
使用中補装具の状況	使用中の補装具（ あり　・　なし ） 【ありの場合はその具体的状況（修理が必要な状況等）を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】
処方補装具の使用効果見込	【処方補装具を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】



×　変形　■ 切離断　▨ 感覚障害　☰ 運動障害

裏面に続く

様式２－７（裏面）

<table>
<tr><td>製作区分</td><td colspan="3">□新規　□再製作　□修理</td></tr>
<tr><td>基本価格</td><td colspan="2">身体部位</td><td>□標準（上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部）　□頭頚部</td></tr>
<tr><td>本体価格</td><td colspan="2">名称・区分</td><td>□低速用 4.5ｋｍ/以下　□中速用６km/以下
□モジュラー式(商品名　　　　)　□オーダーメイド式　□レディメイド式(商品名　　　　)</td></tr>
<tr><td>機構加算</td><td colspan="3">□手動リクライニング機構　□電動リクライニング機構　□電動ティルト機構
□電動ティルト・リクライニング機構　□電動リフト機構</td></tr>
<tr><td rowspan="20">構造部品加算</td><td colspan="2">操作ボックス</td><td>□操作ボックス（標準）</td></tr>
<tr><td colspan="2">操作レバー</td><td>□感度調整ジョイスティック（標準）　□ばね圧変更</td></tr>
<tr><td colspan="2">スイッチ</td><td>□標準スイッチ（標準）　□スイッチ延長</td></tr>
<tr><td colspan="2">バッテリ</td><td>標準形　□シールドバッテリ（標準）　□リチウムイオンバッテリ</td></tr>
<tr><td colspan="2">基本構造</td><td>□後方大車輪（標準）</td></tr>
<tr><td colspan="2">シート</td><td>□板張り式（標準）　□スリング式　□張り調整式　□奥行調整構造</td></tr>
<tr><td rowspan="2">バック
サポート</td><td>名称</td><td>□スリング式（標準）　□張り調整式</td></tr>
<tr><td>備考</td><td>□ワイドフレーム　□バックサポート延長　□高さ調整構造
□背座角度調整構造　□背折れ構造</td></tr>
<tr><td colspan="2">フット・レッグ
サポート（片側）</td><td>□固定式（標準）　□挙上式　□着脱式　□開閉着脱式
□挙上・開閉着脱式　□レッグベルト（全面張り）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">フット
サポート</td><td>名称</td><td>□セパレート式（標準）　□セパレート式（二重折込式）</td></tr>
<tr><td>備考</td><td>□前後調整構造　□角度調整構造　□左右調整構造　□金属製フットサポート</td></tr>
<tr><td rowspan="2">アーム
サポート
（片側）</td><td>名称</td><td>□フレーム一体型　（□固定式（標準）　□跳ね上げ式　□着脱式）
□独立型　（□固定式（標準）　□跳ね上げ式　□着脱式）</td></tr>
<tr><td>備考</td><td>□高さ調整構造　□角度調整構造　□アームサポート幅広　□アームサポート延長</td></tr>
<tr><td colspan="2">ブレーキ</td><td>□電動又は電磁ブレーキ（標準）</td></tr>
<tr><td colspan="2">タイヤ</td><td>□エア（標準）　□ノーパンク</td></tr>
<tr><td colspan="2">キャスタ</td><td>□エア（標準）　□ノーパンク</td></tr>
<tr><td>付属品</td><td colspan="3">□パワーステアリング　□クライマーセット　□手動スイングアーム
□チンコントロール一式（□電動　□手動）　□簡易１入力
□多様入力コントローラ｛□非常停止スイッチボックス　□4 方向スイッチボード　□8 方向スイッチボード
□小型ジョイスティックボックス　□フォースセンサ　□足用ボックス｝
□ジョイスティックレバーノブ各種形状（小ノブ、球ノブ、こけしノブ）
□ジョイスティックレバーノブ各種形状（U ノブ、十字ノブ、ペンノブ、太長ノブ、T 字ノブ、極小ノブ）
□フットサポート（□ヒールループ　□アンクルストラップ　□ステップカバー）
□ｸｯｼｮﾝ・ｶﾊﾞｰ付き（□平面形状型　□モールド型　□ゲル素材　□多層重構造　□立体編物　□滑り止め加工　□防水加工）
□背クッション（□滑り止め加工）
□ヘッドサポート（□着脱式（枕含む）　□マルチタイプ（枕含む）　□枕（□オーダーメイド　□レディメイド）</td></tr>
<tr><td colspan="2">製作（購入）、修理にあたっての選定理由、留意点</td><td colspan="2">【型式・各機構、サポート部、クッション及び付属品等の選定理由、他部品と比較した状況等の詳細を御記入ください。】</td></tr>
</table>

上記のとおり意見します。

年　月　日

医療機関名

所　在　地

作成医師氏名　　　　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電 話 番 号　　　　（　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

□　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において当該医療を主として担当する医師

□　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

□　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師

《参　考》　標準形電動車椅子処方にあたっての留意事項

〈電動リクライニング機構対象者〉

1　頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、発作防止のため随時に仰臥姿勢をとる必要がある者
2　リウマチ性の障害等により四肢・体幹に著しい運動制限があり、座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要のある者
3　股関節拘縮や強直がある者

上記リクライニング式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者

〈電動ティルト機構対象者〉

脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等

上記ティルト式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力での自立姿勢交換が可能となる者

〈電動リフト機構対象者〉

手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者

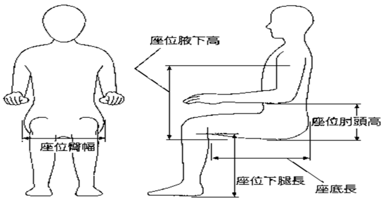
※　自力乗降が可能な者であっても、日常生活や介護者の状況等を勘案し、真に必要と認められる場合は、交付対象となる場合がある。

様式２－８（表面）

補装具費支給に関する意見書（簡易形電動車椅子用）

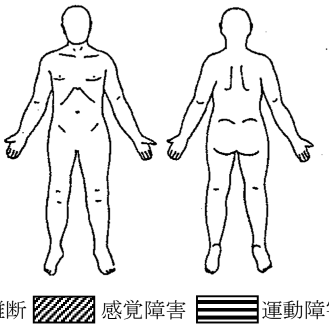
氏　　名		男･女	生年月日	年　　月　　日
住　　所				歳
現在の居所	□在宅　□病院　□施設　□その他（　　　　　　　　） (在宅以外の名称：　　　　　　　　)(入居(予定)期間：　　　～　　　)			
同居者の状況	なし　・　あり（ 父・母・配偶者・子・兄弟・祖父母・孫・その他　　　　）			
原因となった疾病・外傷名	□先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　　　　　） (病名：　　　　　　　　)			
発 生 年 月	年　　月ごろ			

【身体寸法】			
身　　長		座位肘頭高	
体　　重		座位下腿長	
座位腋下高		座 位 臀 幅	
		座　底　長	



現在の身体・活動状況		
	感覚障害（下記図示）	□　腰背部（ □　なし □　脱失　□　重度　□　軽度 ） □　臀部　（ □　なし □　脱失　□　重度　□　軽度 ）
	運動障害（下記図示）	□　なし　□　弛緩性麻痺　□　痙性麻痺　□　固縮　□　不随意運動 □　振戦　□　運動失調　□　その他（　　　　　　）
	褥瘡の有無	□　あり　□　現在はないが過去にできたことあり　□　過去・現在ともなし
	臀部の状態	□　異常なし　□　皮膚の発赤、変色あり　□　痩せており、骨の突出あり
	立ち上がる	□　自力にて可　□　（つかまり・支え）にて可　□　不可
	起立位保持	□　自力にて可　□　（つかまり・支え）にて可　□　不可
	歩　　行	□　屋内（階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲）歩行可能　□　不可 （□ 自力にて可　□ 手すり・壁　□ 杖　□ 義肢・装具） □　屋外移動可（□ 自力にて可　□ 杖　□ 義肢・装具）
	車椅子への移乗	□　自力にて可　□　一部介助にて可　□　全介助
	ステップの操作	□　自力にて可　□　一部介助にて可　□　全介助
	座　　位	□　自力にて可　□　支持（背部・頭部）があると可　□　不可
	除圧動作	□　自力にて可　□　プッシュアップ等により可　□　不可
	車椅子の操作	□　自力にて可　□　部分的に可　□　不可 **※自力・部分的に可の場合→操作方法**　{右手・左手・右足・左足}{室内のみ・室外も可}

現在の障害状況（筋力、関節可動域など）	【ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】 参考図示（関係のない部分は記入不要）



×　変形　切離断　感覚障害　運動障害

使用中補装具の状況	使用中の補装具（ あり　・　なし ） 【ありの場合はその具体的状況（修理が必要な状況等）を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】
処方補装具の使用効果見込	【処方補装具を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】

裏面に続く

様式２－８（裏面）

製作区分	□新規　□再製作　□修理		
基本価格	身体部位		□標準（上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部）　□頭頚部
本体価格	名称・区分		□簡易電動　（□切替式　□アシスト式） □モジュラー式（商品名　　　）　□オーダーメイド式　□レディメイド式（商品名　　　）
機構加算	□リクライニング機構　□ティルト機構　□ティルト・リクライニング機構		
構造部品加算	操作ボックス		□標準操作ボックス（標準）
	操作レバー		□感度調整ジョイスティック（標準）　□ばね圧変更
	スイッチ		□標準スイッチ（標準）　□スイッチ延長（　　本）
	バッテリ		□リチウムイオンバッテリ（標準）　□ニッケル水素バッテリ
	基本構造		□後方大車輪（標準）　□前方大車輪　□幅止め構造
	シート		□スリング式（標準）　□張り調整式　□板張り式（　　本）　□奥行調整構造
	バックサポート	名称	□スリング式（標準）　□張り調整式
		備考	□ワイドフレーム　□バックサポート延長　□高さ調整　□背座角度調整　□背折れ構造
	フット・レッグサポート（片側）		□固定式（標準）　□挙上式　□着脱式　□開閉着脱式 □挙上・開閉着脱式　□レッグベルト（全面張り）
	フットサポート	名称	□セパレート式（標準）　□セパレート式（二重折込式）　□中折式
		備考	□前後調整構造　□角度調整構造　□左右調整構造
	アームサポート（片側）	名称	□フレーム一体型：□固定式（標準）　□跳ね上げ式　□着脱式 □独立型：□固定式（標準）　□跳ね上げ式　□着脱式
		備考	□高さ調整構造　□角度調整構造　□アームサポート拡幅　□アームサポート延長
	ブレーキ		□電動又は電磁波ブレーキ
	タイヤ		□エア（標準）　□ノーパンク
	キャスタ		□ソリッド（標準）　□衝撃吸収タイプ
	ハンドリム	名称	□プラスチック（標準）　□ステンレス　□アルミ
		備考	□ピッチ 30㎜超　□片手駆動構造　□滑り止め　□ノブ付き（垂直ノブ）
付属品	クッション（カバー付き）		□平面形状型　□モールド型　□ゲル素材　□多層構造　□立体編物 □滑り止め加工　□防水加工
	座板		□座板　□クッション一体型（クッションとの併用加算不可）
	背クッション		□背クッション　□滑り止め加工
	ヘッドサポート		□着脱式（枕含む □オーダーメイド）　□マルチタイプ（枕含む □オーダーメイド） □枕（オーダーメイド）　□枕（レディメイド）
	フットサポート		□ヒールループ　□アンクルストラップ　□ステップカバー
	テーブル		□テーブル　□テーブル取付部品
	転倒防止装置		□パイプ　□キャスタ付き（□折りたたみ構造）
	□搭載台（□呼吸器搭載台　□痰吸引機搭載台　□携帯用会話補助装置搭載台）　□車載固定部品(　　個) □杖たて（□一本杖　□多脚つえ）　□酸素ボンベ固定装置　□栄養パック取付用ガードル架　□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）　□高さ調整式手押しハンドル □ブレーキ（延長レバー）　□パワーステアリング　□クライマーセット　□手動スイングアーム □チンコントロール一式（□電動　□手動）　□簡易１入力 □多様入力コントローラ（□非常停止スイッチボックス　□4 方向スイッチボード　□8 方向スイッチボード　□小型ジョイスティックボックス　□フォースセンサ　□足用ボックス） □ジョイスティックレバーノブ各種形状（小ノブ、球ノブ、こけしノブ） □ジョイスティックレバーノブ各種形状（U ノブ、十字ノブ、ペンノブ、太長ノブ、T 字ノブ、極小ノブ）		
製作（購入）、修理にあたっての選定理由、留意点	【型式・各機構、サポート部、クッション及び付属品等の選定理由、他部品と比較した状況等の詳細を御記入ください。】		

上記のとおり意見します。

年　月　日

医療機関名

所　在　地

作成医師氏名　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電 話 番 号　（　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

□　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において当該医療を主として担当する医師

□　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

□　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師

《参　考》　簡易形電動車椅子処方にあたっての留意事項

〈オーダーメイド（簡易型）対象者〉
1　体格・体型が JIS 規格の既製品では適合しない者
2　障害者の身体状況に個別に対応することが必要な者

〈簡易型対象者〉
1　Ａ切替式
⑴　平坦路は自走可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者
⑵　アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者
2　Ｂアシスト式
アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者

様式２－９（表面）

補装具費支給に関する意見書（重度障害者用意思伝達装置用）

<table>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>男･女</td><td>生年
月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="5"></td><td>歳</td></tr>
<tr><td colspan="2">手帳障害名</td><td colspan="4">□肢体　□音声・言語　□その他（　　　　　　）</td><td>手帳障害等級</td><td>級</td></tr>
<tr><td colspan="2">原因となった
疾病・外傷名</td><td colspan="6">□先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　　　　　）
(病名：　　　　　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病・外傷
発生年月</td><td colspan="6">年　　月ごろ</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　在　の
上下肢機能等
の　状　況</td><td colspan="6">【 ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。 】</td></tr>
<tr><td colspan="2">音声・言語
機能の状況</td><td colspan="6">□　発声不能　□　聴き取れない　□なんとか聴き取れる　□　聴取可能</td></tr>
<tr><td colspan="2">人工呼吸器
の　装　着</td><td colspan="6">□　あり　□　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">知的操作能力</td><td colspan="6">□　可能　□　今後の習熟により可能　□　不可能</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="5">操　作　上
利用可能な
身体能力</td><td>□顔</td><td>部位</td><td colspan="2"></td><td>動作</td><td></td></tr>
<tr><td>□首、頭</td><td>部位</td><td colspan="2"></td><td>動作</td><td></td></tr>
<tr><td>□上肢</td><td>部位</td><td colspan="2"></td><td>動作</td><td></td></tr>
<tr><td>□下肢</td><td>部位</td><td colspan="2"></td><td>動作</td><td></td></tr>
<tr><td>□その他</td><td>部位</td><td colspan="2"></td><td>動作</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">処方補装具</td><td>製作区分</td><td colspan="6">□新規　□再製作　□修理　□借受け
＊再製作の場合、修理対応が困難な理由について御記入ください。</td></tr>
<tr><td>形式</td><td colspan="6">□文字等走査入力方式　□生体現象方式
商品名（　　　　　　）</td></tr>
<tr><td>必要とする
装　　置</td><td colspan="6">□本体　□固定台　□呼び鈴　□入力装置固定具　□呼び鈴分岐装置
□プリンタ　□その他（　　　　　　）</td></tr>
<tr><td>入力装置
(スイッチ)
の種類</td><td colspan="6">□接点式　□帯電式（□タッチ式入力装置　□ピンタッチ式先端部）
□筋電式　□光電式　□呼気式（吸気式）　□圧電素子式
□空気圧式　□視線検出式　□遠隔制御装置
□その他（　　　　　　）</td></tr>
</table>

裏面に続く

様式２－９（裏面）

補装具製作にあたっての留　意　点	
使用効果見込	※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。

上記のとおり意見します。

年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電　話　番　号　　　　　（　　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

□　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において当該医療を主として担当する医師

□　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

□　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師

※太枠欄は記入しないでください。

身体障害者更生相談所審査欄	
審査結果	１　適当　　２　不適当　　３　要確認
	【審査結果が２～３の場合は、その理由・内容等】
審査医師	印　（自署の場合は押印不要）
審査年月日	年　　月　　日

様式２－10（表面）

補装具費支給に関する意見書（その他用）

※特例補装具については、各意見書に御記入ください。（特例補装具用の意見書ではありません。）

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>男･女</td><td>生年
月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td><td>歳</td></tr>
<tr><td>原因となった
疾病・外傷名</td><td colspan="5">□先天性　□疾病　□交通　□労災　　□その他（　　　　　　　　　　）
（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）</td></tr>
<tr><td>疾病・外傷
発生年月</td><td colspan="5">年　　　月ごろ</td></tr>
<tr><td>現在の
障害部位
の状況</td><td colspan="5">【 ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。 】</td></tr>
<tr><td>処方補装具名</td><td colspan="5">【補装具費支給対象となるのは、原則１個です。】

□視覚障害者安全つえ（□普通用　□携帯用　□身体支持併用）
□義眼（□レディメイド　□オーダーメイド）
□眼鏡（□矯正用　□遮光用　□コンタクトレンズ　□弱視用）
□車載用姿勢保持装置
□起立保持具（児童に限る）　□排便補助具（児童に限る）
□歩行器（□六輪型　□四輪型（腰掛付）
□四輪型（腰掛なし）（□骨盤支持具付き　□後方支持型）
□三輪型　□二輪型　□固定型　□交互型）
□歩行補助杖（□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　□多脚つえ　□プラットホーム杖）
□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）</td></tr>
<tr><td>製作区分</td><td colspan="5">□新規　□再製作　□修理</td></tr>
<tr><td>使用中補装具
の状況</td><td colspan="5">使用中の補装具（ あり ・ なし ）【使用中の場合はその具体的状況を御記入ください。】
＊再製作の場合、修理対応が困難な理由について御記入ください。
＊修理の場合、修理が必要な状況について具体的に御記入ください。</td></tr>
</table>

裏面に続く

様式２－10（裏面）

補装具製作にあたっての留意点	【 型式、採型・採寸区分、製作要素、完成用部品の指定、他部品と比較した状況等について御記入ください。 】
使用効果見込	【 処方補装具を装着･使用により可能となる具体的動作等を御記入ください。】 ※予防、治療、訓練目的等では対象になりません。 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。

上記のとおり意見します。

年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

作成医師氏名　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電 話 番 号　　（　　　　）

※　下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

☐　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において当該医療を主として担当する医師

☐　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

☐　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師

※太枠欄は記入しないでください。

身体障害者更生相談所審査欄	
審査結果	１　適当　　２　不適当　　３　要確認 【審査結果が２～３の場合は、その理由・内容等】の理由・内容等】
審査医師	印　（自署の場合は押印不要）
審査年月日	年　　月　　日

様式３－１

補装具使用環境等調査書

調査年月日	年　　月　　日
市　町　名	
調査担当者	

注：該当項目を〇で囲み、理由等記入欄へ記入すること。

氏　　　　名				男・女	年　　月　　日生	歳
現在使用中の補装具			1　無 2　有　（種目：　　　　　　　）（　　　年～）（使用場所：　　　） （種目：　　　　　　　）（　　　年～）（使用場所：　　　） （種目；　　　　　　　）（　　　年～）（使用場所：　　　） （種目；　　　　　　　）（　　　年～）（使用場所：　　　）			
現用補装具の状況			1　身体に合わない　・成長による・体型の変化・ ・身体状況の変化（具体的に　　　　　　　　） 2　損耗著明			
屋内屋外使用			1　屋内のみ　　2　屋外のみ　　3　屋内・屋外とも			
使用場所及び頻度			1家の中での移動	2外出（家の周り程度）		
			3職場・学校　　週　　　回 （仕事内容：　　　　　　　）	4通勤・通学　　週　　　回		
			5通所施設　　週　　　回	6入所施設　　週　　　回		
			7通院　　月・週　　回	8買い物　　月・週　　回		
			9社会参加（内容：　　　　　　　　　）　月・週　　回			
			10その他（具体的に　　　　　　　　　　）			
1日の使用時間			（　　　時　～　　　時）又は（　　　時間／日）			
使用環境（※移動系補装具のみ御記入ください。）	屋内	住宅の形態	1　戸建（　　階建）　　2　集合住宅（　　階）　　3　施設等			
		住宅の改造	1改造有　2改造予定（　　年　　月）　3改造していない　4バリアフリー			
		使用可能場　　所	1自室　2居間　3寝室　4廊下 5洗面所　6トイレ　7浴室　8その他施設内部			
	屋外	日常生活圏	本補装具を利用することで可能な行動半径　　約　　　　km			
		居住環境	1　住宅地　　2　商店街　　3　農村地帯　　4　山間地帯			
		地形	1　平坦地　　2　緩やかな起伏あり　　3　起伏が激しい			
		道路の状況	交通量	1　多い　　2　普通　　3　少ない		
			路面	1　舗装（全域）　2一部舗装　3未舗装　4悪路		
			歩・車道の区分	1　あり（全域）　2一部あり　　3　なし（全域）		
			段差	1　あり　　2　なし		
			溝	1　あり　　2　なし		
			坂道	1　あり　　2　なし 坂道の角度（かなり急　・　緩やか）　長さ（　　　m） 坂道の場所（　　　　　　　）通行回数（週　　　回）		
			交通信号	1　あり　　2　なし		
			危険箇所	1　踏切　2　用水路・川　3　池　4　側溝（蓋なし）		
	保管場所		1　玄関　　2　室内　　3　物置　　4　その他			

<table>
<tr><td rowspan="3">2個交付が必要な場合</td><td>使用目的</td><td>1　学校用
2　施設(作業所)用　(利用施設名：　　　　　　　　　　　　)
　　　　　　　　　　(利用日数：　　　日 / 週・月)
3　職場用（仕事の内容：　　　　　　　　　　　　　　　　)
　　　　　　(就労日数：　　　時間 / 日・　　日 / 週・月)</td></tr>
<tr><td>通学・通所・
通勤方法</td><td>1　自宅から車椅子で通学（通所）
2　自家用車による送迎
3　通学バス利用・施設(作業所)等の送迎利用（補装具の搭載　可・不可）
4　公共交通機関（バス・電車）
5　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">常用の補装具が学校、職場、施設等で使用できない理由
（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）</td></tr>
<tr><td>学校用の姿勢保持装置</td><td>学校への確認</td><td>当該姿勢保持装置を使用する学校に対し、通学で使用している車椅子又は電動車椅子での移動や授業に支障があるか確認する。

学校側の見解：
（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">主たる介護者</td><td>配偶者　・　父　・　母　・　子　・　兄弟　・　姉妹　・　ヘルパー　・　施設職員
その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）・介護不要</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護の内容</td><td>・食事（自立・一部介助・全介助）　・排泄（自立・一部介助・全介助）
・入浴（自立・一部介助・全介助）　・衣服の脱着（自立・一部介助・全介助）
・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">市町の意見</td><td></td></tr>
</table>

様式３－２

補装具使用環境等調査書（補聴器用）

調査年月日	年　　月　　日
市　町　名	
調査担当者	

氏　　名		男・女	年　　月　　日生	歳
装着する耳	□両耳 ⇓ □教育上必要　□職業上必要　□その他 理由（具体的に）※職業上の必要性は、片耳装用ではどういった危険性があるのか等	□右耳　□左耳　□指定なし		
補聴器の種類	□高度難聴用　□重度難聴用 □ポケット型　□耳かけ型 □耳あな型（レディメイド）　□耳あな型（オーダーメイド） □骨導式ポケット型　□骨導式眼鏡型 □デジタルワイヤレス補聴システム			
使用内容	活動状況（複数選択可）	□散歩・近所周り　□通院　□買い物　□会合出席・公共施設 □仕事（職業：　　　　　）　□その他（　　　　　） 具体的に		
	使用頻度	□毎日（終日・　　時～　　時） □１週間に　　日 □その他（　　　　　）		
使用場所	複数回答可 □屋内　（自宅　・その他（　　　　　）） □屋外　（学校・会社・その他（　　　　　））			
補聴器使用歴	□有　□無 □ポケット型（　　年～　　年）　□耳かけ型（　　年～　　年） □耳あな型　（　　年～　　年）　□その他（　　年～　　年）			
補聴援助システム支給決定に当たっての聞き取り事項	学校又は勤務先及び申請者への聞き取り等により、以下の項目を確認する。 □学校又は勤務先での合理的配慮において、補聴援助システムについての給付又は貸出等を受けていない □小中学校及び特別支援学校での使用を想定している場合は、当該教育機関での給付又は貸出等ができない			
市町の意見				

様式３－３

補装具使用環境等調査書（施設等入所者車椅子用）

調査年月日	年　　月　　日
市　町　名	
調査担当者	

申請者氏名	男・女	年　　月　　日生	歳	
介護保険等他法適用	１　可　　２不可　その理由（　　　　　　　　）			
退所等の見込み及び退所後の生活場所	退所見込	１あり　時期（　　年　　月　頃） ２なし		
	退所後の生活場所	１自宅 ２施設 ３その他（　　　　　　　　）		
現在使用中の車椅子	１施設（病院）所有　２自己所有　３その他（　　　　　）　４なし			
車椅子の使用場所及び使用時間＊	屋内での使用状況と使用時間	屋外での使用状況と使用時間		
補装具申請の経緯と理由	（施設備品で対応が困難な理由等についても御記入ください）			
市町の意見				

＊施設内での生活スケジュール（一日、一週間、一月）が分かるものがあれば、添付可。

様式３－４（表面）

補装具使用環境等調査書（重度障害者用意思伝達装置用）

調査年月日	年　月　日
市　町　名	
調査担当者	

<table>
<tr><td>申請者氏名</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>年　月　日（　）歳</td></tr>
<tr><td colspan="5">障害名及び原因となった疾病・外傷名
□筋萎縮性側索硬化症(ALS)（※病名告知の有無 □無 □有）
□脳性麻痺(CP)　□高位頸髄損傷　□その他（　）
※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　（□する ・ □しない）
身障手帳：肢体不自由（　）級、音声・言語機能障害（　）級 【等級（　）級】</td></tr>
<tr><td>支援者状況</td><td colspan="4">家族構成（　）人、内訳:□配偶者　□子(　)人　□父 □母 □兄弟(　)人　□祖父 □祖母 □他(　)
介助者　□無　□有（主な介助者　）
家族に機械やパソコンに詳しい人がいるか　□いない　□いる（　）
保健師による定期的なサポート体制の有無
□無　□有 （担当者所属：　氏名：　）</td></tr>
<tr><td>誰に勧められたか</td><td colspan="4">□医 師　□ＰＴ　□ＯＴ　□ＳＴ　□ 保健師　□ケアマネ　□ 業 者
□その他（　）</td></tr>
<tr><td>主 治 医</td><td colspan="4">病院名：　診療科：
医師名：</td></tr>
<tr><td>身体状況</td><td colspan="4">知的障害の有無　□無　□有(手帳 □有(程度　)・□無)
聴覚障害（聴力低下）の有無　□無　□有(手帳 □有(　級)・□無)
音声・言語機能　□会話可能　□家族等特定の人となら会話可能
□会話不可
視力、視野障害の有無　□無　□有(手帳 □有(　級)・□無)
経管栄養　□無　□有(□胃瘻　□鼻腔)
気管切開　□無　□有
人工呼吸器（MV）の使用　□無　□有(具体的に　)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">現在のコミュニケーション方法について</td><td colspan="4">【文字盤の使用】　□有　□無　□その他（　）
使用している場合の使用方法　□文字を指す　□目線を合わせる
□棒をくわえて指す □瞬きをする　□舌を鳴らす
□その他（　）
使用していない場合は何故か　□知らなかった　□以前は使用していた
□その他（　）
以前使用していた場合：なぜ使用できなく（使用しなく）なったのか理由
（　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">【呼び鈴の使用】　□使用中　□使用なし　□使用が困難になりつつある
使用中の場合：　メーカー・機種（　）
スイッチの種類（　）
使用が困難になりつつある場合：
今までどのようにスイッチを押していたか
(具体的に　)
どのように押せなくなったか
(具体的に　)
使用場面　□誰か（家族）を呼ぶとき　□トイレの時　□たん吸引
□その他（　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">こちらの問いかけに対し、意思表示があるか　□有　□無
有の場合どのように理解するか　□表情（どこを動かすか：　）
□合図（どこを動かすか：　）
他に動かすことができる身体部位（　）</td></tr>
</table>

様式３－４（裏面）

使用目的	主に誰とコミュニケーションをとるのか、又はとりたいか（　　　　　　　　　　） 伝達内容として多いのはどんな内容か（具体的に　　　　　　　　　　） 現在特に困っていることは何か（　　　　　　　　　　）
使用場所	□在宅　(□持家・□借家・□集合住宅　階)　□病院（　　　　　　）　□施設（種別　　　　　　）
希望機種及び選定理由	□　無　□有（機種名　　　　　　　　　　） 選定理由
他機種の使用経験	□　無　□有（機種名　　　　　　　　　　） 問題点など
意思伝達装置の試用状況及び評価情報	□試用していない □試用してみた（期間　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで） 本人の意思伝達装置の使用希望　□大いにある □試用したら使えそうなので使いたい □興味があるが機械は苦手 □どちらかというと消極的（家族が希望） □その他（　　　　　　　　　　） 機械の操作に関する理解力　□問題ない　□問題あり（　　　　　　　　　　） 使用時の姿勢　□座位　□リクライニング座位　□臥位（□仰臥位・□側臥位） 試用スイッチ：種類（　　　　　）、設定方法（　　　　　）、操作部位（　　） 試用スイッチの入力操作　□スムース　□要練習　□要再選定
使用効果見込	意思伝達装置の実用性　□大いにある □操作に慣れればある □あまりない □その他（　　　　　　　　　　）
備　考（補装具支給後に残る課題などについて、参考となる事項を自由に記載してください。）	

調査協力者 （リハビリテーションの専門職等による評価がある場合）	病院名又は施設名 氏名 □ＰＴ（理学療法士）□ＯＴ（作業療法士） □その他（　　　　　　　　　　）

様式４

第　　　　号
年　　月　　日

福祉事務所長　様
市　　町　　長

静岡県身体障害者更生相談所長

補装具判定（適合判定）実施通知書

先に依頼のあった補装具判定について、下記のとおり判定（適合判定）日時等を決定したので、申請者及び申請者が製作を希望する補装具製作業者あて通知するとともに、貴職担当者の出席を御配慮願います。

なお、当日申請者等が来所できない場合は、必ず当所まで御連絡ください。

記

申請者氏名	身体障害者手帳番号	補装具名	補装具製作業者	判定日時	判定場所

※判定当日持参するもの　・身体障害者手帳
・再支給（再製作・修理・借受け）の場合は現在使用中の補装具
・適合判定の場合は製作した補装具

担　　当
電話番号

様式５

第　　　号
年　　月　　日

福祉事務所長　様
市　　町　　長　様

静岡県身体障害者更生相談所長

補　装　具　判　定　書

年　月　日付け　　第　号により依頼のあったこのことについては、下記のとおり判定します。

記

住 所		氏名	
障　害　名		等級	
医学的判定　現　　症			
医学的判定　意　　見			
補装具の名称又は修理部位			
補装具の処方及び工作的所見			
借受け期間（借受けの場合）	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日		
概　算　額	円	一月あたりの基準額（借受けの場合）	円
補装具使用による効果見込			
総　合　判　定			

様式６

補装具処方箋

氏　名	男・女	年　　月　　日生		歳
住　所				
手　帳 障害名		手帳障害等級		級
医学的診断	機能障害名：			
	原 傷 病 名：			
	障 害 原 因：先天性・後天性(外傷・労災・交通・疾病・その他)			
	現　　　症：(全身所見、合併症、筋力テスト、ＲＯＭ、ＡＤＬ等)			
処方内容 (新規・再製作・修理・借受け)				
医学的診断	総 合 評 価： 年　　月　　日 判　定　医：静岡県身体障害者更生相談所			

様式７

年　　月　　日

静岡県身体障害者更生相談所

判定医師　医療機関名

氏名　　　　　　　　　　印

適 合 判 定 意 見 書

補装具判定結果に基づき作製した補装具の適合判定について、下記のとおり意見します。

記

住　所		氏　名	
適合判定実施日	年　　月　　日		
補 装 具 の 名 称 又 は 修 理 部 位			
使 用 者 の 身体等との 適 合 状 況	１　適合状況は良好である。 ２　下記の指摘事項はあるものの許容範囲であり、適合状況は概ね良好である。		
指摘事項			
総合意見			

※　判定医師は、当該補装具の「補装具費支給に関する意見書」を作成した医師であること。

※　適合判定は、当該補装具が完成した後に実施すること。

※　使用する部品に変更が生じる場合は、改めて更生相談所の判定を要する。

様式８

第　　　　号
年　　月　　日

福祉事務所長　様
市　　町　　長　様

静岡県身体障害者更生相談所長

適 合 判 定 確 認 書

先に判定を行った補装具費支給に係る補装具の適合判定については、下記のとおりです。

記

判定書番号	補装具の種目	氏　名	結　　果

様式９

第　　　　号
年　　月　　日

福祉事務所長　様
市　　町　　長　様

静岡県身体障害者更生相談所長

適　合　判　定　書

　　　年　　月　　日付け　　第　　号の判定に係る補装具の適合判定については、下記のとおりです。

記

住　所			氏　名	
適合判定実施日	年　　月　　日			
補装具の名称又は修理部位				
処方内容との変更点	変更箇所	変更した理由		
使用者の身体等との適合状況	1　適合状況は良好である。 2　下記の指摘事項はあるものの許容範囲であり､適合状況は概ね良好である。			
指摘事項				
総合判定				

様式10

第　　　　号
年　　月　　日

福祉事務所長　様
市　　町　　長　様

静岡県身体障害者更生相談所長

技術的助言通知書

　　年　月　日付け　　第　　　号で依頼のあった技術的助言については、下記のとおりです。

記

児童の氏名		年齢	
児童の住所			
補装具費支給に関する意見書記載の補装具名及び型式			
借受け期間（借受けの場合）	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
技術的助言			

様式 11

特例補装具に関する理由書

診査日	年　月　日		
氏名		住所	
補装具の名称		補装具の型式	
障害者（児）の状況	（１）身体の状況		
	（２）日常生活（家庭生活・社会生活）の状況		
特例補装具が必要な理由	（１）特例補装具の特徴		
	（２）特例補装具による効用・基準内の補装具による支障		
総合意見			

上記のとおり、真にやむを得ない理由により特例補装具費支給が必要である。

年　月　日

名称

所在地

静岡県身体障害者更生相談所長　様　　氏名　　印

（自署の場合は押印不要）

様式 12

補装具費支給意見書（難病等）

※この意見書は、難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に基づき都道府県が定める医師でなければ記載することができません。

<table>
<tr><td>診査日</td><td>年　　月　　日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">障害名及び原因となった疾病・外傷名

※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で定める特殊の疾病（難病等）に該当すること</td></tr>
<tr><td colspan="3">障害・疾患等の状況
（注：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、迅速手続が必要な理由についても記載してください。）</td><td>進行性疾患：
☐該当
☐非該当
支給決定手続：
☐迅速
☐一般</td></tr>
<tr><td rowspan="2">必要と認める補装具</td><td colspan="3">補装具の種目、名称</td></tr>
<tr><td colspan="3">使用効果見込み
（補装具を必要と認める理由・効果が明確となるよう記載してください。）</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記のとおり補装具費支給が必要である。
年　　月　　日
医療機関名
所　在　地
診療担当科名
作成医師氏名　　　　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）
電 話 番 号　　　　（　　　　）

※　以下に該当する。　☐ はい　　☐ いいえ
難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第1項に基づき都道府県が定める医師</td></tr>
</table>

様式 13

補装具借受けに係る意見書

氏　名	男・女	生年月日	年　　月　　日	歳
住　所				

判定を依頼する補装具〔　〇で囲む　〕　（網掛けは完成用部品のみ対象）

義肢	装具	姿勢保持装置	重度障害者用意思伝達装置	歩行器	座位保持椅子

借受けが必要と認める理由

□ 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。
□ 障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される。
□ 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と認められる。

借受けによる使用効果見込	
借受けが必要と認める期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日

上記のとおり意見します。

年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

作成医師氏名　　　　　　　　　　㊞　（自署の場合は押印不要）

電　話　番　号　　（　　　　）

※ 下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ記載することができません。）

□ 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において当該医療を主として担当する医師
□ 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師
□ 【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に基づき都道府県が定める医師

様式 14

画　像　添　付　用　紙

住　所		撮 影 日	
氏　名		補装具名	
生年月日	年　　月　　日		

【注意事項】

（１）ア．**修理・再交付申請の場合**：破損や劣化・不具合等の状況が確認できる画像を撮影してください。

　　イ．**各部機能や部品・付属品等を追加する場合**：現在の不具合の状況、追加機能の構造、部品等の詳細が確認できる画像を撮影してください。

（２）撮影方法（補装具全体、各部品の詳細、補装具装着時又は使用時、方向（前・後・左・右）等）や枚数は問いませんが、**意見書に記載されている内容が確認できる画像を添付してください。**

（３）意見書や画像から不具合等の状況が確認できなければ、判定ができない場合があります。

（４）画像数に対し用紙が足りない場合は、裏面をコピーして使用してください。

（５）画像（写真、デジタル撮影したもの等）だけでは情報が不十分と思われる場合、動画の提出を求める場合があります。

①(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)②(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

※（　　）内に写真の簡単な説明を記入してください。

③（　　　　　　　　　　　　　　　　　）④（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑤（　　　　　　　　　　　　　　　　　）⑥（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

様式例１号

第　　　　号
年　　月　　日

様
（身体障害者手帳　第　　　号）

福祉事務所長　　　　　　　㊞
市　　町　　長　　　　　　　㊞

判 定 通 知 書

先に申請のあった　　　　　　　　　　　　については、身体障害者更生相談所の専門的判定（適合判定）の必要がありますので、下記により判定を受けてください。

なお、当日は本書を持参し提示してください。

また、当日都合がつかない場合は、必ず下段の連絡先へ御連絡ください。

記

１　判定日時　　　　　　年　　月　　日（　　）　受付時間　　時～　　時

２　判定場所

３　判定事項

４　留意事項　　（１）必ず本人が判定に出向いてください。
（２）判定に持参するもの
・身体障害者手帳
・補装具費再支給（再製作・修理・借受け）の場合は、現在使用中の補装具

〈案内図〉

担　　当　〇〇市町〇〇〇〇課
電話番号

様式例２号

第　　　　号
年　　月　　日

補装具製作業者　　　　　　　　　　　様

福祉事務所長　　　　　　　　　㊞
市　町　長　　　　　　　　　㊞

判　定　通　知　書

下記の者が、貴社での補装具製作・修理・借受けを希望しています。
つきましては、下記の日程により身体障害者更生相談所の専門的判定（適合判定）を行いますので、当日の立会い及び見積をお願いします。

記

申請者氏名	住　　所	希望する補装具の種類	判定日時	判定場所

＊適合判定の場合は、製作した補装具及び「補装具費支給券」を持参してください。

担　　当　○○市町○○○○課
電話番号

別　表

補装具種目別判定区分一覧表

種目		製作区分	医学的所見 必要	医学的所見 不要	判定・判断機関及び方法 更生相談所	判定・判断機関及び方法 市町 意見書必要	判定・判断機関及び方法 市町 意見書不要	備考
義肢 装具 姿勢保持装置		新規	○		○			
		再支給	○		○			
				○			○	基準額内かつ障害状況に変化がなく、現在使用中の補装具と全く同じであることが確認できる場合
		修理	○		○			
				○			○	劣化等による軽微な修理、消耗部品の交換の場合
		借受け	○		○			
車椅子	モジュラー式 オーダーメイド式	新規	○		○			
		再支給	○		○			
		修理	○		○			
				○			○	泥よけ等障害状況に影響のない付属品の劣化等による軽微な修理の場合
	レディメイド式（機構加算のないもの） ※機構加算のあるものはモジュラー式に準ずる。	新規	○			○		
		再支給	○			○		
				○			○	基準額内かつ障害状況に変化がなく、現在使用中の補装具と全く同じであることが確認できる場合
		修理	○		○			
				○			○	タイヤのパンク等作動に必要な修理の場合
電動車椅子 標準形 簡易形		新規	○		○			
		再支給	○		○			
		修理	○		○			
				○			○	劣化等による軽微な修理、タイヤのパンク、バッテリー交換等作動に必要な修理の場合
補聴器		新規	○		○			
		再支給	○		○			
				○			○	基準額内かつ障害状況に変化がなく、現在使用中の補装具と全く同じであることが確認できる場合
		修理	○		○			
				○			○	イヤーモールド交換、ダンパー交換等軽微な修理の場合

人工内耳用音声信号処理装置	修理	○				○	厚生労働省「補装具費支給事務取扱要領」第５のとおり、人工内耳用音声信号処理装置確認票が必要
歩行器	新規	○		○			特例補装具の場合。更生相談所へ動画も提出
		○			○		
	再支給	○		○			特例補装具の場合。更生相談所へ動画も提出
		○			○		
			○			○	基準額内かつ障害状況に変化がなく、現在使用中の補装具と全く同じであることが確認できる場合
	修理	○		○			特例補装具の場合
		○			○		
			○			○	キャスタ交換、グリップ交換、腰掛け交換等の場合
重度障害者用意思伝達装置	新規	○		○			更生相談所へ動画提出
	再支給	○		○			更生相談所へ動画提出
	修理	○		○			入力方式の変更がある入力装置の交換は更生相談所へ動画提出
			○			○	入力方式の変更がない入力装置の交換、固定台の修理等の場合
	借受け	○		○			
視覚障害者安全つえ	新規		○			○	
	再支給		○			○	
	修理		○			○	
車載用姿勢保持装置 義眼・眼鏡 起立保持具（児に限る） 排便補助具（児に限る） 歩行補助つえ	新規	○		○			特例補装具又は２個交付の場合
		○			○		
	再支給	○		○			特例補装具又は２個交付の場合
		○			○		
			○			○	基準額内かつ障害状況に変化がなく、現在使用中の補装具と全く同じであることが確認できる場合
車載用姿勢保持装置 義眼・眼鏡 起立保持具（児に限る） 排便補助具（児に限る） 歩行補助つえ	修理	○		○			特例補装具又は２個交付の場合
		○			○		レンズ度数を変更する場合
			○			○	リクライニング機構の故障の修理（車載用姿勢保持装置）、同じ度数のレンズ交換（眼鏡）、脇当交換（歩行補助つえ）等、軽微な修理の場合。

・身体障害児の場合は、「判定」を「技術的助言」と読み替える。

・電動車椅子（標準形及び簡易形のうち切替式）の新規支給については来所判定により行い、その他については書類判定で行う。

＜参考＞

更生相談所判定に係る必要書類一覧表

	判定（技術的助言）依頼書	補装具費支給に関する意見書（原本）	見積書（写）	仕様書（採寸表又は外形図等）	カタログ等（製品の詳細・価格がわかるもの）	特例補装具に関する理由書	補装具使用環境等調査書	身体障害者更生指導台帳（写）	画像添付用紙	補装具借受けに係る意見書
義肢	◎	◎	◎		○	○	○●	◎	☆	○
装具	◎	◎	◎		○	○	○●	◎	☆	○
姿勢保持装置	◎	◎	◎	◎	○	○	○●	◎	☆	○
車椅子（オーダーメイド式）	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	☆	
車椅子（モジュラー式・レディメイド式）	◎	◎	◎		◎	○	◎	◎	☆	
電動車椅子（標準形・簡易形）	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	☆	
補聴器	◎	◎	◎		○	○	◎	◎		
歩行器	◎	◎	◎		◎	○	○●	◎	★	
重度障害者用意思伝達装置	◎	◎	◎		◎	○	◎	◎		○
車載用姿勢保持装置 義眼・眼鏡 起立保持具（児に限る） 排便補助具（児に限る） 歩行補助つえ	○●	○●	○●		○●	○●	○●	○●		

※　1　◎は必ず提出するもの、○は特例補装具に該当する場合又は必要に応じて提出するもの、●は２個交付（２個同時を含む）の場合に提出するものである。

2　☆は、修理、再交付申請の場合又は各部機能や部品・付属品等を追加申請する場合に添付すること。★歩行器については、映像を提出すること。

3　入院又は入所している障害者の車椅子について判定を依頼する場合には、「補装具使用環境等調査書」を提出すること。

4　「身体障害者更生指導台帳（写）」は、過去の補装具交付履歴（他市町からの転入者については、

他市町での交付履歴）がわかるものであること。

5　難病患者等の補装具費支給については、原則、身体障害者・児の手続きに準ずるものとするが、「補装具費支給意見書（難病等）」（様式12）・「補装具使用環境等調査書」を必ず提出すること。