

# 静岡県補装具費支給の手引き

**初版**（令和8年度版）



静岡県身体障害者更生相談所

## 目 次

1	根拠法令及び関係通知等	3
2	補装具費支給制度の概要	4
3	他法優先	6
4	申請手続き	7
5	補装具の種目及び対象となりうる障害	8
6	補装具費支給意見書の作成	11
7	補装具の複数支給	14
8	耐用年数	15
9	差額自己負担	15
10	特例補装具及び一部特例	17
11	補装具の価格	22
12	補装具の借受け	25
13	来所判定（電動車椅子の新規支給）	25
14	動画及び画像の提出	26
15	身体障害者手帳のない難病患者等に対する補装具費支給事務	31
16	留意事項	31
	参考資料 補装具に関する解説	34
	意見書作成のポイント	47
	別冊 通知等及び厚生労働省発出QA集	

## 1

## 根拠法令及び関係通知等

- ・ 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第 76 条、同施行令第 44 条～第 45 条、同施行規則第 65 条の 3～9
- ・ 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）
- ・ 補装具費支給事務取扱要領（平成 30 年 3 月 23 日付け障企自発 0323 第 1 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自立支援振興室長通知）
- ・ 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（以下「告示」という。）（平成 18 年 9 月 29 日付け厚生労働省告示第 528 号）
- ・ 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に基づく補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品の指定について（令和 8 年 3 月 30 日付け障発 0330 第 5 号こ支障第 72 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長・こども家庭庁支援局長通知）
- ・ 消費税法施行令第 14 条の 4 の規定に基づき内閣総理大臣及び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（令和 7 年 3 月 31 日付け内閣府・厚生労働省告示第 1 号）
- ・ 障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について（平成 19 年 3 月 28 日付け障企発第 0328002 号・障発第 0328002 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長通知）
- ・ 補装具費支給制度における借受けの導入に係る留意事項について（平成 30 年 1 月 16 日付け障害保健福祉部企画課自立支援振興室事務連絡）
- ・ 補装具費（眼鏡等）の支給決定に当たっての確認の徹底のお願い（令和 5 年 10 月 10 日付け障企自発 1010 第 2 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自立支援振興室長通知）
- ・ 特例補装具（バギー）の取扱いについて（令和 7 年 3 月 11 日付け障福第 1147 号静岡県健康福祉部障害者支援局障害福祉課長通知）
- ・ 静岡県補装具費支給に係る判定等事務取扱要領（令和 8 年 3 月 31 日付け障福第 1211 号静岡県健康福祉部障害者支援局障害福祉課長通知）

## (略 称)

略 称	正式名称
障害者総合支援法	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
告 示	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 （厚生労働省告示第 528 号）
指 針	補装具費支給事務取扱指針（国の通知）
要 領	補装具費支給事務取扱要領（国の通知）
県要領	静岡県補装具費支給に係る判定等事務取扱要領
意見書	補装具費支給に関する意見書（「県要領」に示されている様式）
15 条指定医等	意見書を書くことができる医師の総称
更生相談所	静岡県身体障害者更生相談所

## 補装具費支給制度とは

- 補装具費支給制度は、障害者総合支援法第6条に基づく自立支援給付の1つ
- 補装具費の支給については、第76条において規定している

### 第六条

自立支援給付は、介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費、自立支援医療費、療養介護医療費、基準該当療養介護医療費、補装具費及び高額障害福祉サービス等給付費の支給とする。

### 第五節 補装具費の支給

#### 第七十六条

市町村は、障害者又は障害児の保護者から申請があった場合において、当該申請に係る障害者等の障害の状態からみて、当該障害者等が補装具の購入、借受け又は修理(以下この条及び次条において「購入等」という。)を必要とする者であると認めるとき(補装具の借受けにあつては、補装具の借受けによることが適当である場合として主務省令で定める場合に限る。)は、当該障害者又は障害児の保護者(以下この条において「補装具費支給対象障害者等」という。)に対し、当該補装具の購入等に要した費用について、補装具費を支給する。

障害者総合支援法の枠組みの中での補装具費支給制度となる（医療と福祉は異なる制度下にある）

## 補装具の定義

障害者総合支援法 第五条 第二十五項

この法律において「補装具」とは、障害者等の身体機能を補完し、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主務省令で定める基準に該当するものとして、義肢、装具、車椅子その他の主務大臣が定めるものをいう。

### 補装具の対象者

- 身体機能に障害のある方

### 補装具の基準と種目

- 障害者総合支援法施行規則第六条第二十項に定める基準
- 厚生労働省告示第528号 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に定める補装具の種目

①～③の条件を  
全て満たすこと

### 補装具の定義（厚生労働省で定める基準）

- 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若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。

(障害者総合支援法施行規則第6条の20より)

## 補装具費支給制度の対象者

身体障害者、身体障害児、難病患者等

- 身体障害者(身体障害者福祉法)  
身体障害者手帳が交付された者  
(身体障害者手帳は、原則、疾病・原因を問わず、認定基準に該当すれば交付される)
- 身体障害児(児童福祉法)  
身体に障害のある児童
- 難病患者等(障害者総合支援法)  
対象疾病(376疾病)で、疾病による障害の程度が厚生労働大臣が定める程度  
(継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける程度)である者

障害児、難病患者等には身体障害者手帳が交付されていない場合もあるが、「身体障害者認定基準と同等の障害を有している者」が対象となる。

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare

## 補装具費の費用負担

### 負担の割合

公費負担 国:50/100、都道府県:25/100、市町村:25/100

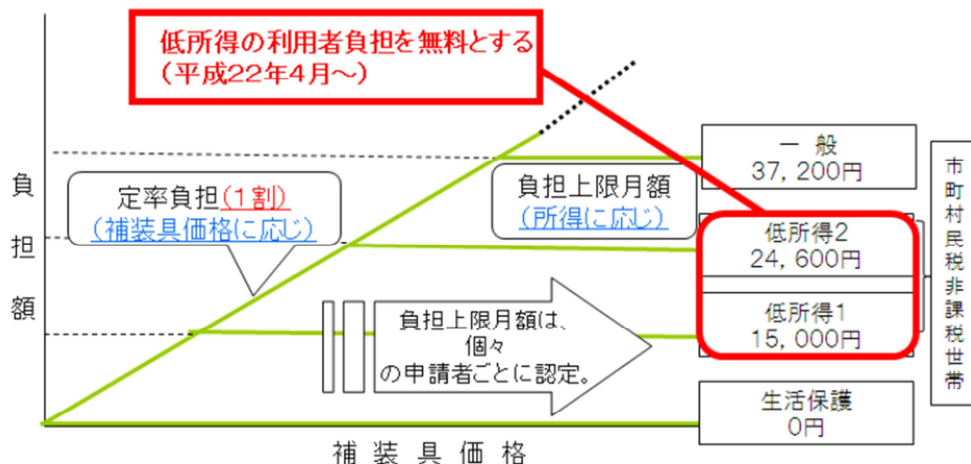
利用者負担 原則1割であるが、世帯の所得に応じ、以下の負担上限月額を設定

### 上限月額

生活保護	生活保護世帯に属する者	0円
低所得	市町村民税非課税世帯	0円
一般	市町村民税課税世帯	37,200円

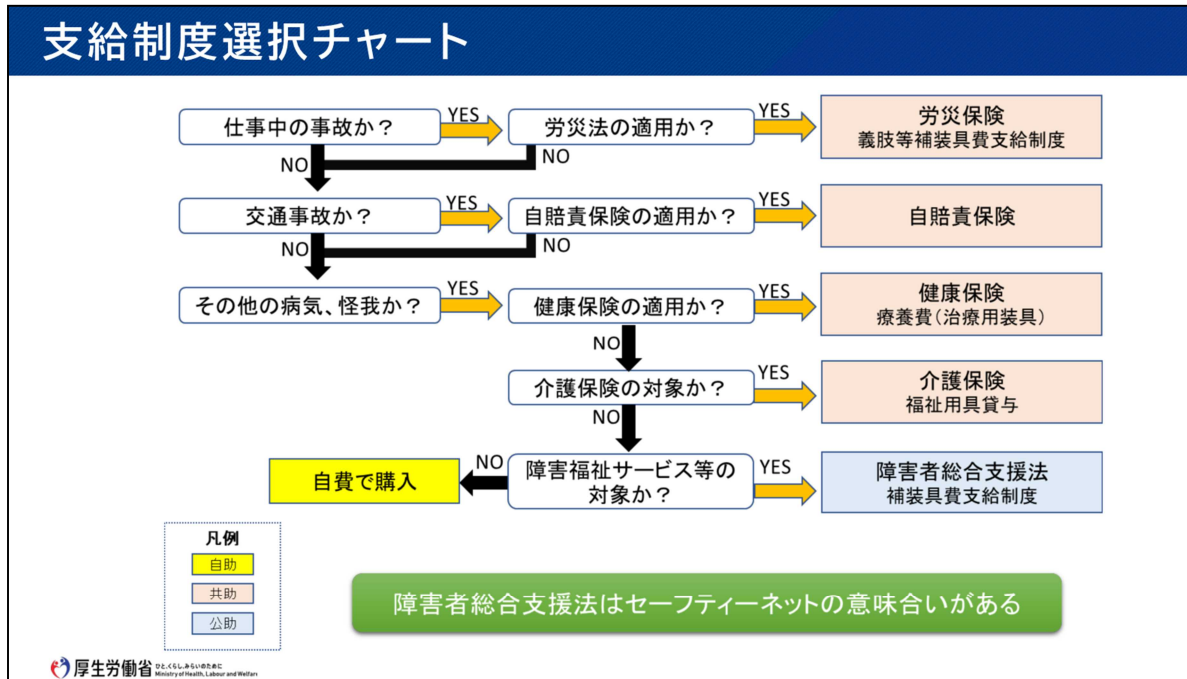
- ただし、障害者又はその配偶者のうち市町村民税所得割の最多納税者の納税額が46万円以上の場合には補装具費の支給対象外  
>>> **児童については所得制限無し**
- 生活保護への移行防止措置あり

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare



補装具費支給は、他法優先を原則としており、健康保険や介護保険等、他の制度で給付が可能な場合は、当該関係各法に基づく給付等を優先します。

(例) 原疾患による障害固定がまだ認められない治療・訓練過程にある場合には健康保険等による対応(治療用装具)が原則です。また、介護保険法による貸与が適当と考えられる場合は、介護保険法での対応が優先されます。



#### 【治療用装具と補装具の違い】

	治療用装具	補装具
根拠法令	健康保険法等	障害者総合支援法
目的	疾病又は負傷の治療及び訓練に必要なもの (リハビリテーション等)	日常生活を送る上で必要な移動等の確保に必要なもの・就労・就学のため長期にわたり継続して使用するもの
条件	症状の変化あり(急性→慢性)	障害の固定(永続する状態)
判定	医療機関(病院の医師)	市町または更生相談所

- ▶ 障害を負ってから初めて使う補装具は、健康保険による治療用装具として製作するのが原則です。
- ▶ 障害者総合支援法による補装具は、障害の固定後、日常生活に使用するためのものであり、上記のとおり、治療用装具とは目的・用途が異なります。治療段階(装用・歩行訓練のリハビリも含む)であれば、健康保険での製作となります。
- ▶ 健康保険対応で製作した補装具が修理を要する状態になった場合、治療やリハビリが終了して医療対応の状態でなくなったことが確認できれば、障害者総合支援法により修理を行うことはできます。

# 4

## 申請手続き

障害者総合支援法に基づき、補装具費の支給を希望する者（身体障害者手帳の交付を受けた者又は認定された難病患者等）は、申請書、補装具費支給に関する意見書、見積書等の必要書類を添えて、市町へ支給申請をします。

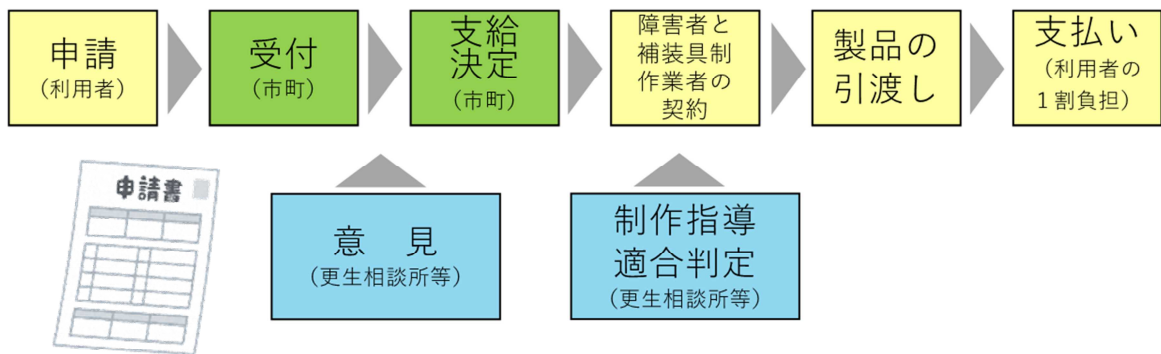
市町は申請された補装具について、医学的に支給が適切であるかどうかを静岡県身体障害者更生相談所の判定等を基に支給決定し、補装具費の支給を行います。

支給決定を受けて、補装具製作者は身体に適合する補装具を製作し、意見書を作成した医師等が補装具の適合状況を確認後、適合判定意見書を更生相談所に提出します。

原則、申請前に購入・修理した補装具は補装具費支給の対象になりません。また、障害認定のない障害部位に対する補装具の申請はできません。

（例）上肢機能障害のみ認定されている方による、下肢装具や車椅子の申請

### 【申請の流れ】



### 補装具判定書・意見書を作成する医師の要件

補装具判定書は更生相談所より交付されるが、

更生相談所に専任の医師が置かれていないときは、身障法第15条第1項に基づく指定医又は自立支援医療を行う機関の医師であって、所属医学会において認定されている専門医に医学的判定を委嘱すること。

補装具費支給意見書を作成する医師は、

- ① 先の要件を満たす専門医又は国立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。
- ② 上記と同等と認められる医師。（補装具費支給意見書により市町村が判断のうえ決定する場合）
- ③ 難病患者等の場合は、①に示す医師に加え、都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医

	身体障害者	身体障害児	難病患者等
身体障害者福祉法15条第1項に基づく指定医(所属学会認定の専門医)	○	○	○
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	○	○	○
上記と同等と認める医師(補装具費支給意見書のみで市町村が判断する種目に限る)	○	○	○
保健所の医師	-	○	○
難病法第6条第1項に基づく指定医	-	-	○


厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare




15条指定医



## 5

## 補装具の種目及び対象となりうる障害

補装具の種目		対象となりうる障害等（例）	
義肢	義手	上肢切断又は離断	
	義足	下肢切断又は離断	
装具 	上肢装具	上肢機能障害	
	体幹装具	体幹機能障害	
	下肢装具	<ul style="list-style-type: none"> <li>下肢機能障害</li> <li>体幹機能障害3級以上で歩行困難な方</li> </ul>	
	靴型装具		
姿勢保持装置		<ul style="list-style-type: none"> <li>体幹機能障害</li> <li>脳原性運動機能障害</li> <li>両上下肢機能障害により座位保持が困難な方</li> </ul>	
車椅子 	全般	<ul style="list-style-type: none"> <li>義肢・装具・杖等の補装具を使用しても歩行が困難な方（原則として、下肢機能障害2級以上又は体幹機能障害3級以上で歩行障害がある方）</li> <li>心臓機能障害又は呼吸機能障害で歩行が困難な方（注）</li> </ul>	
	自走用	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記障害で、自力走行が可能な方、又はその可能性がある方</li> <li>片麻痺（片方のみ上下肢機能障害）であって健肢で自力走行が可能な方</li> </ul>	
	介助用	上記障害で自走困難な方	
電動車椅子 	全般	<ul style="list-style-type: none"> <li>重度の下肢機能障害者であって、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない方</li> <li>呼吸機能障害、心臓機能障害、難病等で歩行に著しい制限を受ける方又は歩行により症状が悪化する方であって、医学的所見から適応が可能な方（注）</li> </ul>	
	簡易形	切替式	一部自走可能だが、長距離移動等のために電動機能が必要な方
		アシスト式	電動アシスト機能によって長距離や坂道・悪路の自走が可能となる方
	標準形	低速用 中速用	簡易形では対応できない方
視覚障害者安全つえ		視覚障害（視力の低下、視野狭窄）	
義眼		視覚障害（無眼球、眼球萎縮、角膜白斑等）	
眼鏡		視覚障害（視力の低下、視野狭窄） ただし視野障害のみでは矯正用眼鏡は対象外	

補装具の種目		対象となりうる障害等（例）
補聴器 	全 般	高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な方 ※中軽度補聴器は補装具費の対象外であることに留意すること
	高度難聴用	聴覚機能障害：装用する耳の聴力レベルが 90 dB未満（聴覚機能障害 6・4 級相当）の方
	重度難聴用	聴覚機能障害：装用する耳の聴力レベルが 90 dB以上（聴覚機能障害 3・2 級相当）の方
	耳あな型	聴覚機能障害：身体上・職業上等の理由で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な方※オーダーメイドの場合は、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な方
	骨導式	伝音性難聴者であって、耳漏が著しい方又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ、耳栓又はイヤーマールドの使用が困難な方
人工内耳	人工内耳用音声信号処理装置（修理）	人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要であると判断している方
車載用姿勢保持装置		<ul style="list-style-type: none"> <li>体幹機能障害又は脳原性運動機能障害（市販のチャイルドシートやジュニアシートでは対応出来ない方）</li> </ul> 
起立保持具（身体障害児のみ）		<ul style="list-style-type: none"> <li>体幹機能障害又は脳原性運動機能障害</li> <li>下肢機能障害</li> </ul>
歩 行 器		<ul style="list-style-type: none"> <li>下肢機能障害</li> <li>体幹機能障害又は脳原性運動機能障害</li> <li>心臓機能障害又は呼吸機能障害</li> </ul>
排便補助具（身体障害児のみ）		<ul style="list-style-type: none"> <li>体幹機能障害又は脳原性運動機能障害</li> <li>下肢機能障害</li> </ul>
歩行補助つえ 		<ul style="list-style-type: none"> <li>下肢切断又は離断</li> <li>下肢機能障害</li> <li>体幹機能障害又は脳原性運動機能障害</li> </ul>
重度障害者用意思伝達装置		<ul style="list-style-type: none"> <li>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を伝えることが困難な方</li> <li>難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である方</li> </ul>

（注）肢体不自由以外の理由で車椅子又は電動車椅子を申請する場合は、呼吸機能障害や心臓機能障害等の内部障害に起因する著しい歩行制限があるという医学的な理由が必要です。補装具費支給に関する意見書を作成する医師は、原則、「内部障害」で指定を受けている医師となります。ただし、可能な限り「肢体不自由」で指定を受けている医師が車椅子又は電動車椅子の構造（処方）や歩行困難状況を併記してください。※御不明な点は、更生相談所にお問い合わせください。

# 補装具イメージ



義肢



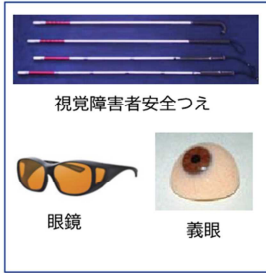
装具



姿勢保持装置



肢体不自由者の補装具



視覚障害者の補装具



聴覚障害者の補装具



重度障害者用意思伝達装置



車載用姿勢保持装置



障害児の補装具

市町が決定するものでも  
「医師の意見書」は求められて  
います。

## 判定について

### 身体障害者

身体障害者更生相談所の判定により 市町村が決定		医師の意見書により 市町村が決定
更生相談所に来所 (巡回相談等含む)判定	医師の意見書等により 更生相談所が判定	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 義眼</li> <li>■ 眼鏡(矯正眼鏡・遮光眼鏡・ コンタクトレンズ・弱視眼鏡)</li> <li>■ 車椅子(レディメイド)</li> <li>■ 歩行器</li> <li>■ 視覚障害者安全つえ</li> <li>■ 歩行補助つえ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 義肢</li> <li>■ 装具</li> <li>■ 姿勢保持装置</li> <li>■ 電動車椅子</li> </ul> の新規購入	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 補聴器</li> <li>■ 車椅子(レディメイド除く)</li> <li>■ 重度障害者用意思伝達装置の新規購入</li> </ul>	
■ 特例補装具	<p>更生相談所は、新規申請者に係る判定を行うときは、できる限り切断その他の医療措置を行った医師と緊密な連絡を取り判定に慎重を期すること。</p> <p>上記に係るものであって、補装具費支給申請書、医師意見書等により判断できる場合及び再支給、修理の場合。身体障害者手帳で必要性が判断できる場合は、医師の意見書を省略させることができる。</p>	



### 市町判断により支給決定する場合の医師意見書の取扱い



市町は、市町判断で支給決定できる補装具(新規・再支給・修理)であっても、原則「医師意見書」の内容を確認した上で判断すること。

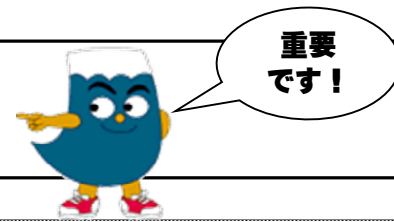
ただし、軽微(医学的所見が不要)な修理の場合は、医師意見書を省略できる。2個支給や特例補装具の場合は、原則更生相談所の判定を要するが、軽微な修理であれば市町判断により医師意見書がなくても支給決定できる。

※p12「補装具種目別判定・判断区分一覧表」参照

# 補装具種目別判定・判断区分一覧表

- ▶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。

		医学的所見		判定・判断機関及び方法			備考	
		必要	不要	身更相	市町			
					意見書 必要	意見書 不要		
義肢 装具 姿勢保持装置	新規	●		○				
	再支給	●		○			型式や使用する完成用部品に変更がある場合、高額な完成用部品を使用している場合	
			●			○		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
	修理	●		○		○	継手の交換等 劣化等による軽微な修理、消耗部品の交換の場合	
借受け	●		○				完成用部品に限る	
車椅子	モジュラー式 オーダーメイド式	新規	●		○			
		再支給	●		○			モジュラー式・オーダーメイド製作の場合「過去支給と全く同じ」とは考えにくい
		修理	●		○			補装具を製作した後に、付属品（クッション・シートベルト等）を追加する場合
	レディメイド式 (機構加算のないもの)	新規	●			○		特別な機能が付属していない標準的な構造の車椅子＝基準額の75%の範囲内で扱えるもの
		再支給	●			○		使用中の機種と同じ（レディメイド・機構加算なし）に変更する場合に限る 機構加算のないレディメイドではなく機構加算のあるレディメイドを再支給する場合は身更相への判定依頼が必要
		修理	●		○		○	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 補装具を製作した後に、付属品（クッション・シートベルト等）を追加する場合 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	●		○			来所判定（p25）	
	再支給	●		○				
	修理	●		○		○	補装具を製作した後に、機構の変更・付属品を追加する場合 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	●		○			補聴器の場合は新規、再支給とも身更相に判定を依頼する	
	再支給	●		○				
	修理	●		○		○	補装具費支給後に必要が生じたイヤーマールドの追加 イヤーマールド交換、ダンパー交換等軽微な修理の場合。2個支給の場合でも軽微な修理の場合は意見書不要	
人工内耳用音声信号処理装置修理	修理	●				○	「補装具費支給事務取扱要領」様式2「人工内耳用音声信号処理装置 確認表」等により判断	



機構加算があるものはモジュラー式に準じる

		医学的所見		判定・判断機関及び方法			備考
		必要	不要	身更相	市町		
					意見書 必要	意見書 不要	
補聴器	新規	●		○			補聴器の場合は新規、再支給とも身更相に判定を依頼する
	再支給	●		○			
	修理	●	●	○		○	
人工内耳用音声信号処理装置修理	修理	●				○	「補装具費支給事務取扱要領」様式2「人工内耳用音声信号処理装置 確認表」等により判断
歩行器	新規	●		○			特例補装具の場合。県身更相へ動画も提出
		●			○		基準額内補装具の場合
	再支給	●		○			特例補装具の場合。県身更相へ動画も提出
		●			○		基準額内補装具だが、異なる機種の場合
	修理		●			○	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
		●		○			特例補装具の場合。補装具費支給後に必要が生じた付属品等の追加
借受け	●		○				基準額内補装具の場合。補装具費支給後に必要が生じた付属品等の追加
		●			○		キャスト交換、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	●		○			動画提出
	再支給	●		○			動画提出
	修理	●		○			入力方式の変更がある入力装置の交換（例：空気圧から視線検出への変更）は動画提出
			●			○	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	●		○			本体に限る	
視覚障害者安全つえ	新規・再支給・修理		●			○	身体障害者手帳によって補装具の購入等を必要とする者であることが確認できる場合は、意見書を省略させることができる
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個支給の場合
		●			○		
	再支給	●		○			特例補装具又は2個支給の場合
		●	●			○	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
	修理	●		○			特例補装具又は2個支給の場合
		●			○		眼鏡のレンズ度数を変更する場合、車載用姿勢保持装置等のパッド・ベルトの追加等
		●			○	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。2個支給の場合でも軽微な修理の場合は意見書不要 カバー・ベルトの交換（車載用姿勢保持装置）等軽微な修理の場合。	



**重要  
です!**

## 7

## 補装具の複数支給

支給対象となる補装具は、原則として1種目につき1個です。

教育上や職業上の理由等で、生活状況、使用目的、使い分け、使用頻度などを十分に確認し、必要性が判断されれば2個支給が可能になることがあります。ただし、同一のものをスペアとして確保するための支給は認められません。

## 【2個支給の具体例】

車椅子	<ul style="list-style-type: none"> <li>・衛生的な配慮が必要な職場で使用するために日常生活用とは別に必要</li> <li>・学校生活でも常時車椅子を使用するがスクールバスに積載できない。</li> </ul>
姿勢保持装置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所施設で常時使用するが自宅で使用している姿勢保持装置は折りたたみができず、車載不能であり運搬できない。</li> </ul>
装具	<ul style="list-style-type: none"> <li>・衛生的な配慮が必要な職場なので、屋内外で使い分ける必要がある。</li> </ul>
義手	<ul style="list-style-type: none"> <li>・装飾用義手(外観復元を目的)と作業用義手とを使い分ける必要がある。</li> </ul>
補聴器	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職業上、大型機械が稼働する工場や建設現場での危険回避のために必要</li> <li>・乳幼児期の言語習得のために両耳装用が必要</li> </ul>
眼鏡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・矯正用として遠近両用が必要、遮光用として屋外用と屋外用が必要</li> </ul>

※両下肢機能障害で両下肢に装具が必要な場合は、左右で1対＝補装具1個とカウントします。

2個支給された場合には、市町が管理する「更生指導台帳」に、2個支給であることと、その使用場所（例えば「自宅用」「学校用」等）をそれぞれ記載し、支給状況が経年的に把握できるようにしてください。

## 再支給と2個支給について

再支給とは、使用中の補装具が修理不能となった場合、その代わりとしての補装具に対して新たに補装具費を支給するもの。再支給後に、再支給以前に使っていた補装具を補装具費制度により修理することは認められない。

2個支給は、同時に同種2つの補装具を並行して使用する必要がある場合に適用されるものである。

「再支給」と「2個支給」は、基本的に別の概念だが両者を混同しないよう、注意が必要である。



※自宅だけでなく学校でも車椅子が必要なのに、スクールバスに車椅子を積んで運搬できないなど、どうしても1個の補装具では支障があるという理由が必要です。



## 8

## 耐用年数

補装具には告示で目安となる耐用年数が示されていますが、実際の耐用年数は障害の状況や活動状況によって様々です。

補装具が破損したり身体状況に合わなくなった場合には、耐用年数によらずまずは「修理」を検討します。耐用年数を経過したことのみの理由で、補装具の再支給が認められるものではありません。

ただし以下のような場合は、耐用年数によらず再支給されることもあります。

- ▶ 修理することができないほどの破損、変形等がある
- ▶ 修理をしても安全性に問題があり適正な使用の継続が困難（成長に伴うサイズアウト等）
- ▶ 修理をするより再製作のほうが合理的・効果的である



## 【補装具耐用年数一覧】

種目	耐用年数
義手（殻・骨格）	1～5年
義足（殻・骨格）	0.5～5年
下肢装具	1.5～3年
靴型装具	1.5年
体幹装具	1～3年
上肢装具	2～3年
姿勢保持装置	3年
車椅子・電動車椅子	6年

種目	耐用年数
歩行器	5年
歩行補助つえ	2～4年
視覚障害者安全つえ	2～5年
義眼	2年
眼鏡	4年
補聴器	5年
重度障害者用意思伝達装置	5年

※各種目の中の種類や内容によって耐用年数が異なりますので、詳細は告示等を確認してください。

## 9

## 差額自己負担

本人が希望するデザイン・素材等に加え、介助者のみが使用する機能の追加を選択することにより基準額を超える部分を差額自己負担することはできるが、以下の点に留意する必要がある。

- ① 種目、名称、型式、基本構造等が告示に定める要件を満たしていること
- ② 差額を自己負担すれば希望が取り入れられるのは、あくまでも「デザイン・素材等」の嗜好に関わる部分や、自走用車椅子及び電動車椅子において介助者のみが使用する機能であること
- ③ 追加する当該機能が、本人の身体機能の補完及び適合に影響を与えないと認められること

## 【差額自己負担が認められる例】

### (1) 眼鏡

チタンフレーム、籠甲フレーム、超薄型ハードコートレンズ

### (2) 補聴器

基準額より高額な補聴器や基本構造が同一範囲内の補聴器

- ① 高度難聴用ポケット型、耳かけ型及び耳あな型の選択
- ② 重度難聴用ポケット型と耳かけ型の選択
- ③ 骨導式ポケット型、骨導式眼鏡型の選択

### (3) 車椅子

スポーツタイプ車椅子（日常生活に使用可能な形状を有するものに限る）、チタンフレーム、特殊な塗装色等、自走用車椅子に追加し介助者のみが使用する介助用ブレーキ

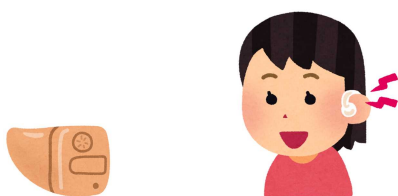
## 【差額自己負担が認められない事例】

### (1) 補装具の型式が異なるため認められない場合

「車椅子(自走用)リクライニング機構」を使いたいという障害者が、何らかの理由でリクライニング機構は対象外だが「車椅子(自走用)」であれば支給可能と判断された場合、車椅子(自走用)に差額を足してリクライニング機構を追加するということは認められない。

### (2) 補装具の種目が異なるため認められない場合

「電動車椅子」を使いたいという障害者が、何らかの理由で電動車椅子は支給対象外だが、手動式の車椅子(自走用)は必要と判断された場合、支給された手動式の車椅子(自走用)に簡易形電動ユニットを自費購入して装着し、結果的に電動車椅子として使うという方法は、差額自己負担であっても認められない。あくまでも必要と認められたのは「車椅子(自走用)」という種目であって、「電動車椅子」という種目ではない。



## 補装具の基準にないものの取り扱い

- 障害の現症、生活環境その他 **真にやむを得ない事情**
- 告示に定められた補装具の種目に該当するもの
- **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**が必要

と判断されれば、「**特例補装具**」として支給可能



※別表とは：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（厚生労働省告示第 528 号）における「別表」

特例補装具は、障害の状況や生活の状況などによって「真にやむを得ない事情」で必要となる場合に支給対象となります。

特例補装具の支給決定においては、意見書作成医師が県要領様式 11「特例補装具に関する理由書」p19 を記載し、基準内の補装具では対応できない理由、特例補装具の特徴や効用について明確に示す必要があります。

あわせて、市町は支給対象者の生活状況や就業状況等の聞き取り、県要領様式 3「補装具使用環境等調査書」p20-21 を提出してください。

### 真にやむを得ない事情とは

その用具、機能がなければ日常生活、就学・就労の遂行が極めて困難かどうか、又は、その用具がなければ痛み、褥瘡、変形等の予防、軽減が実現出来ないかなど の医学的観点などから検討する必要がある。

単に「あれば便利」というような意味合いで特例補装具費を支給するのは適当ではない。

各市町において過去支給実績がない、又は支給実績があっても支給可否の判断が難しい補装具の申請があった場合は、更生相談所へ判定依頼書等の書類を送付する前に、電話やメールで連絡をしたうえで関係書類の電子データ等を送付し、必ず**事前協議**を行ってください。また、嘱託医の判断によって、県が設置する「静岡県特例補装具意見調整会議」において審議する場合があります。

バギー型車椅子は令和 7 年 3 月 11 日付け障福第 1147 号静岡県健康福祉部障害者支援局障害福祉課長通知「特例補装具（バギー）の取扱いについて」により、国の基準に基づいて積算されたものについては、他補装具と同様、基準内補装具として取り扱います。

別表に定める製作要素及び完成用部品によることができない構成要素が1つのみである場合は、特例補装具の定めにかかわらず「一部特例」として、基準内の補装具として支給して差し支えありません。なお、姿勢保持装置、車椅子及び電動車椅子における市販のクッション及び重度障害者用意思伝達装置における市販スイッチについては、一部特例にするための構成要素としてはカウントしません。

▶具体的な例

**例 1** 意見書及び見積書に市販のクッション1個が記載されており、さらに告示によらず完成用部品でもないベルトが記載されている場合

→市販のクッション1個は一部特例の構成要素としてカウントしないため、ベルトを「一部特例」扱いとして特例補装具ではなく基準内装具として申請することが可能

**例 2** 姿勢保持措置を申請する場合において、意見書及び見積書に告示によらず完成用部品でもない体幹保持部品の胸パッドと腰部パッドが記載されている場合

→構成要素が2つ（胸パッドと腰部パッド）になるため、「一部特例」扱いではなく特例補装具となる

▶注意事項

「一部特例」として計上すれば全てが認められるということではなく、その部品等が真に医学的に必要である理由が求められます。

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		
障 害 者 ( 児 ) 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		
特 例 補 装 具 が 必 要 な 理 由	(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			
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>名 称</p> <p>所在地</p> <p>静岡県身体障害者更生相談所長 様 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</p>			

### 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○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				

2 個 支 給 が 必 要 な 場 合	使用目的	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)
	通学・通所・ 通勤方法	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( )
	常用の補装具が学校、職場、施設等で使用できない理由 ( )	
学校用の 姿勢 保持 装置	学校への確認	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: ( )
主たる介護者	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	
介護の内容	・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( )	
市町の意見		

補装具の購入又は修理の場合の基準額算出の仕方については、指針の別紙「補装具費等の算定について」において、以下のとおり示されています。

基準額の算出(端数処理:小数点以下切り捨て)

次の(ア)、(イ)又は(ウ)のうち、最も低い額を基準額とする。

- (ア) 告示により算出した額
- (イ) 現に補装具の購入又は修理に要した費用の額
- (ウ) 補装具事業者等の製品カタログ及びホームページに記載された額



(ア) は、100 分の 106 に相当する額が上限となりますが、次ページの表の補装具 A、B について単品で購入する場合には、100 分の 110 に相当する額が上限となります。

## A (購入)

種 目	内 容
眼鏡	矯正用、コンタクトレンズ
歩行補助つえ	プラットホーム杖

## B (交換)

種 目	内 容
義肢	断端袋の交換
車椅子	クッション(カバー付き)、背クッション、枕(レディメイド)、テーブル、杖立て、栄養パック取付用ガードル架、点滴ポール、日よけ、雨よけ、スポークカバー及びリフレクタの交換に限る。 (ただし、オーダーメイドで製作されたものを除く。)
電動車椅子	<b>標準形</b> : 延長スイッチ交換、バッテリー交換(リチウムイオン電池)、外部充電器交換、ジョイスティックノブの交換、 <b>簡易形</b> : スイッチゴム交換及び延長スイッチ交換、枕(オーダー)交換、バッテリー交換(リチウムイオン電池)及びバッテリー交換(ニッケル水素電池)、外部充電器交換
視覚障害者安全つえ	マグネット付き石突交換
眼鏡	枠交換(遮光用及び弱視用に係るものを除く。) レンズ交換(遮光矯正用レンズに係るものを除く。)
補聴器	重度難聴用イヤホン交換、眼鏡型平面レンズ交換、骨導式ポケット型レシーバー交換、骨導式ポケット型ヘッドバンド交換、ワイヤレスマイク充電用 AC アダプタ交換、イヤホン交換
歩行補助つえ	凍結路面用滑り止め(非ゴム系)交換
重度障害者用意思伝達装置	本体修理、固定台(アーム式又はテーブル置き式)交換、固定台(自立式スタンド式)交換、入力装置固定具交換、呼び鈴交換、呼び鈴分岐装置交換、接点式入力装置(スイッチ)交換、帯電式入力装置(スイッチ)交換、筋電式入力装置(スイッチ)交換、光電式入力装置(スイッチ)交換、呼気式(吸気式)入力装置(スイッチ)交換、圧電素子式入力装置(スイッチ)交換、空気圧式入力装置(スイッチ)交換、視線検出式入力装置(スイッチ)交換及び遠隔制御装置交換
人工内耳	人工内耳用音声信号処理装置修理

補装具Bについては、新規製作や再製作時に本体の付属品として一体的に支給される場合には、100分の106に相当する額が上限となります。

国、地方公共団体、日本赤十字社、社会福祉法人又は一般社団法人若しくは一般財団法人の設置する補装具製作施設が製作した補装具の購入又は修理に係る費用の額(完成用部品を除く)は、告示に規定されている額の100分の95に相当する額となります。

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、価格の100分の100に相当する額をもって購入に要する費用の上限となります。

# 車椅子及び電動車椅子の積算方法



レディメイド式、モジュラー式については、p22 基準額の算出（ア）（イ）（ウ）を比較して最も低い金額を適用します。

（ア） 告示価格により算出した額

① 基本価格	
② 本体価格	
③ 加算要素 価格※	機構加算
	構造部品加算
	付属品
④ 完成用部品	

（イ）又は（ウ）

① 基本価格
⑤ 製品カタログ及びホームページに記載された車椅子本体価格（非課税） ※標準装備の機能・付属品を含む
⑥ 標準装備に含まれない ・加算要素価格（告示別表価格） ・完成用部品価格 ・オプション装備価格（カタログ価格（税抜））

2024(令和6)年度 補装具費支給制度告示改正に関する解説  
(一般社団法人日本車椅子シーティング協会 制度委員会)

## 算定方法

$$\text{(ア)基準額} = (\text{①} + \text{②} + \text{③} + \text{④}) \times 106/100$$

$$\text{(イ)(ウ)基準額} = (\text{①} + \text{⑥}) \times 106/100 + \text{⑤(非課税)}$$

なお、基本価格を算定できるのは購入の場合のみであり、修理では基本価格を算定することはできません。



補装具は購入が原則ですが、次のような場合には、支給決定に至るまでの過程で「借受け」によることが適当であると判断されることがあります。

- 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

#### 【借受けの対象となる種目】

申請理由	対象種目等
①成長への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 座位保持装置の完成用部品のうち、「構造フレーム」</li> <li>・ 歩行器</li> <li>・ 車載用姿勢保持装置</li> </ul>
②障害の進行への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重度障害者用意思伝達装置（本体のみ）</li> </ul>
③仮合わせ前の試用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品</li> </ul>

※借受けを検討されている場合には、申請前に更生相談所へ御相談ください。

**電動車椅子を新規申請**する際には、書類判定に加えて必ず来所判定を実施します。市町は、電動車椅子の新規申請があった時点で更生相談所に連絡し、**事前協議**を行ってください。事前協議を経て正式な申請が可能となった場合は、来所判定を行います。やむを得ない理由により、来所判定が困難な場合には、撮影された動画により判定を行うこともあります。

#### 【来所判定の流れ】

- ① 更正相談所から市町へ、候補日時及び会場について連絡します。
- ② 市町は、申請者及び電動車椅子製作者と調整し、希望日時を更正相談所へ報告し、更正相談所が来所判定の実施について決定します。
- ③ 電動車椅子を製作する業者は、判定日に申請者が使用するデモ機を用意し、判定日当日に会場へ搬入します。
- ④ 判定日当日は、申請者が実際にデモ機を操作し、更正相談所の嘱託医がその操作状況、選定機種の妥当性、生活環境等について確認します。
- ⑤ 更正相談所の嘱託医は、市町から提出された書類と④から、電動車椅子の使用効果見込みを総合的に判定します。
- ⑥ ⑤の結果「適当」と判定された場合は、更正相談所から市町へ「補装具判定書」が送付されます。なお、⑤により選定機種や附属品の見直し、見積書の修正等を行うこともあります。



p27「動画提出の目的と撮影のポイント」参照

補装具費支給の適正化を目的に、更正相談所における判定のために動画や画像の提出をお願いする場合があります。

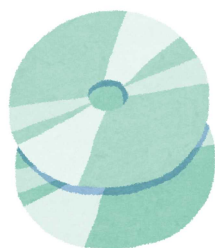
#### 【動画の提出が必要な補装具】

種 目	新規	特例	再支給・修理	高額機種 高額部品
電動車椅子	△ 来所判定が できない場合	○		○
歩行器	○	○	○	○
義 足				○
重度障害者用 意思伝達装置	○		△ 入力装置の交換	

- ▶ 動画については、可能な限りCD又はDVDによる提出をお願いします。
- ▶ 上記の他に、更正相談所が必要と判断した場合は、動画の提供をお願いする場合があります。


#### 【画像の提出が必要な補装具】

- ▶ 再製作・修理の場合は、県要領様式14「画像添付用紙」p29-30に現在使用している補装具の画像を添付して提出してください。
- ▶ 義肢・装具で高額な完成用部品を使用した場合は、前・後・左・右方向、装着時、各部品や付属品の詳細、内部構造等が確認できるような画像を提出してください。
- ▶ これらのほかにも更正相談所が必要と判断した場合は、画像の提供をお願いする場合があります。



## 補装具費支給事務における動画提出の目的と撮影のポイント



種目	動画提出の目的	撮影のポイント
<b>電動車椅子</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在の身体状況、障害の程度が分かる。</li> <li>身体機能的な電動車椅子の必要性を判断する。</li> <li>生活環境的な電動車椅子の必要性を判断する。</li> <li>電動車椅子を適切に操作できるか判断する。</li> <li>交通ルールを遵守し、安全に操作できるか確認する。</li> <li>選定した機種、部品等が適切なものか判断する。</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>「電動車椅子操作能力評価票」p28を参考に、操作している場面を撮影する(チェックした評価票を提出する必要はない)。</li> <li>真に補装具として電動車椅子を必要とするような障害状況であるか判断するため、「<u>臥位→頭を持ち上げ上体を起こす→座位→車椅子移乗</u>」の一連の動作を撮影する。</li> <li>自走用車椅子から電動車椅子へ乗り換える場合は、現在使用している自走用車椅子では移動(十分な自走動作)ができないことが分かるような動画を撮影する。</li> <li>申請しようとするものと同じ機種を使って撮影する。</li> <li>6輪(特例補装具)を申請する場合、6輪を必要とすることがわかる狭小箇所での操作状況を撮影する(4輪では不具合が生じることが明確でなければ、6輪は認められない)。</li> </ul>
<b>歩行器</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在の身体状況、障害の程度が分かる。</li> <li>身体機能的な歩行器の必要性を判断する。</li> <li>歩行器の使用環境、使用頻度等を確認する。</li> <li>高額な機種を申請している場合は同等安価な機種との比較により適切な機種を選定する。</li> <li>将来的な歩行獲得の見通しについて検討する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実際に使用する場所(学校と家庭等)で撮影する。</li> <li>教員や家族が側方や後方から支えたり方向転換を介助するのではなく、本人が単独で操作し歩行できることが分かるような動画を提出する。</li> <li>特殊な機能や部品が付属しているものや高額な機種の場合は、その付属品がなければ(その機種でなければ)どうになってしまうのか、どのような不具合が生じるのか(それではない理由)が分かるような動画を撮影する。</li> <li>同等安価な他機種との比較動画を撮影する。</li> </ul>
<b>義足</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在の身体状況、障害の程度が分かる。</li> <li>断端に異常や痛みがなく、問題なく装着できていることを確認する。</li> <li>選定しようとする義足の種類、部品等が適切か、本人の脚力や体幹のバランスと合っているか、安定した歩行ができているか判断する。</li> <li>高額な継手等を選定しようとしている場合は、同等安価なものとの比較により適切な部品等を選定する。</li> <li>選定した義足が生活状況、使用環境(職業、使用頻度、負担度等)に合っているか判断する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実際に使用する環境と同じような場所で撮影する。</li> <li>歩行時の撮影は真横と正面から、定点ではなく追従で撮影する。</li> <li>特殊な機能や高額な完成用部品を選定している場合は、その機能がなければどうになってしまうのか、どのような不具合が生じるのか(それではない理由)が分かるような動画を撮影する。</li> <li>現在使用中の義足、申請しようとする義足及び同等安価な他機種とで、平地及び部品により差が出る場所(不整地や階段昇降)での比較動画を撮影する。</li> </ul>
<b>重度障害者用意思伝達装置</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在の身体状況、障害の程度が分かる。</li> <li>実際に本人が使用できる状態であることを確認する。</li> <li>障害状態に合わせた機種、スイッチ、設置方法が選択されているか確認する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実際に使用する環境で撮影する。</li> <li>本人が自分で操作できることが分かるような動画を撮影する(スイッチの操作部分と入力された文字が示されるパソコン画面の両方が同一画面で確認できるようにする)。</li> <li>単語入力だけでなく、文章を入力することができ、他者とのコミュニケーションのために使用可能であることが確認できるような動画が必要となる。</li> </ul>

2025 静岡県身体障害者更生相談所業務迅速化ワーキンググループ作成

## 電動車椅子操作能力評価票

本人氏名( ) 性別( 男・女 ) 年齢( ) 歳

- 1 試乗経験 ( 有 ・ 無 )
- 2 保守点検管理 ( 有 ・ 無 )
- 3 操作方法 ( 上肢(右・左)・下肢(右・左)・顎・その他( ) )
- 4 移乗方法 ( 自立・一部介助・全介助 )
- 5 視野、視力、聴力等障害 ( 有 ・ 無 )
- 6 歩行者として必要最小限の交通規則の理解・遵守 ( 有 ・ 無 )
- 7 基本操作
- (1) 操作ノブ・ハンドル等の操作 ( 良 ・ 可 ・ 不可 )
  - (2) メインスイッチ・速度切替えの操作 ( 良 ・ 可 ・ 不可 )
  - (3) 発進・停止 ( 良 ・ 可 ・ 不可 )
- 8 移動操作
- (1) 速度調整(低速・高速等) ( 良 ・ 可 ・ 不可 )
  - (2) 直線走行(直線・蒲鉾・片傾斜道路) ( 良 ・ 可 ・ 不可 )
  - (3) S字クランク ( 良 ・ 可 ・ 不可 )
  - (4) 坂道走行(特に下り坂での停止) ( 良 ・ 可 ・ 不可 )
  - (5) 溝・段差乗り越え ( 良 ・ 可 ・ 不可 )
  - (6) 旋回 ( 良 ・ 可 ・ 不可 )
  - (7) 後進 ( 良 ・ 可 ・ 不可 )
  - (8) 非常時の対応 ( 良 ・ 可 ・ 不可 )
  - (9) その他 ( 良 ・ 可 ・ 不可 )

9 参考事項

10 総合評価

適 ・ 不適 ・ 操作訓練後再評価

調査年月日 令和 年 月 日

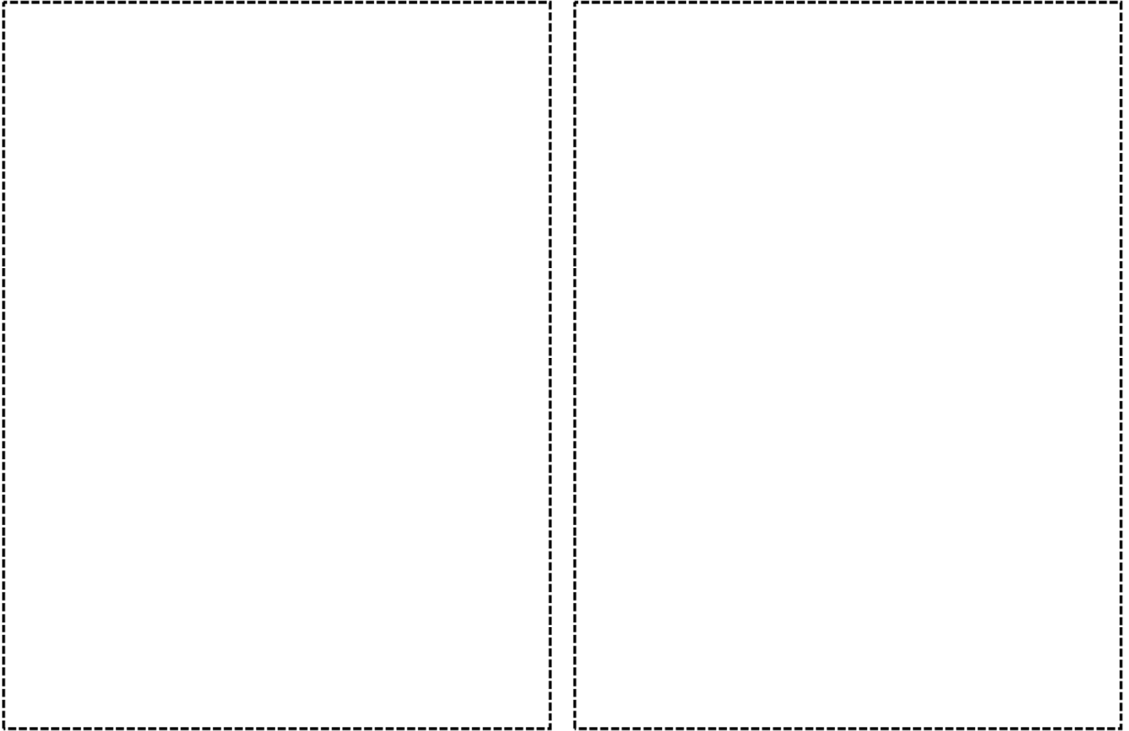
評価担当者



③ (

) ④ (

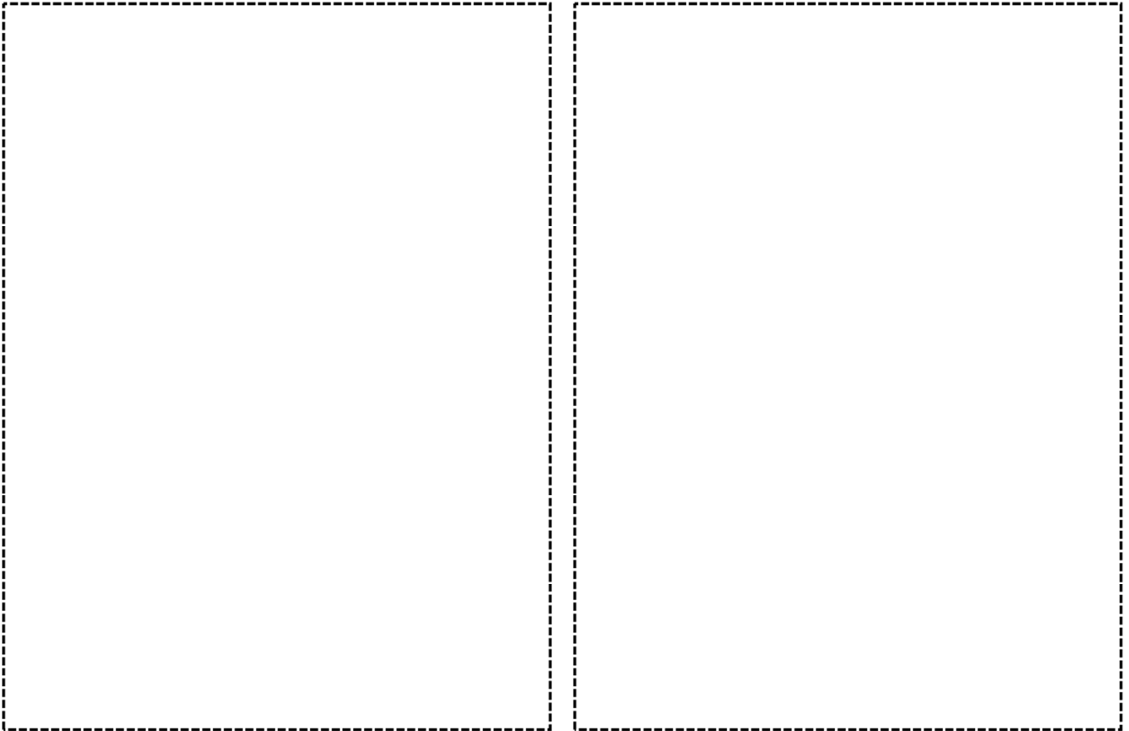
)



⑤ (

) ⑥ (

)



身体障害者手帳を所持していない難病患者であっても、補装具費支給を受けられる場合があります。

### (1) 対象疾病

厚生労働省ホームページにて最新の「障害者総合支援法の対象疾病（難病等）」を確認してください（令和7年4月1日現在 376 疾病が対象）。

### (2) 申請手続き

必要とする補装具の意見書（車椅子、重度障害者用意思伝達装置等）に加えて、難病法第6条第1項に基づく指定医（静岡県ホームページに一覧掲載）が記載した様式第12「補装具費支給意見書（難病等）」を提出してください。

### (3) 留意点

- ▶ 難病患者等に対する補装具費の支給は、障害者総合支援法の対象疾病と診断されているというだけでなく、国が定める「身体障害認定基準」と同等の障害を有している方が対象となります。
- ▶ 難病法指定医の診断書により、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は、市町での申請受付から1週間以内に更生相談所に迅速判定を依頼するなど、迅速な対応に努めてください。

※御不明な点は、更生相談所にお問い合わせください。



- ① 補装具（付属品及び完成用部品を含む。）に関する補装具事業者等の製品カタログまたはホームページに掲載された、製品写真と価格の両方がわかる資料を添付してください。
- ② 再交付・修理で、前回製作時の内容から追加・変更がある場合は、医師が作成する意見書に、その理由、現在の身体・障害状況、前回と比較したADLの変化を明確に記載する必要があります。
- ③ 再交付申請であっても、現状の身体・障害状況及び使用環境等に応じた支給となります。前回認められた機能等であっても、それが現状では不必要と判断された場合は、認めることができません。
- ④ 判定依頼書類を送付するに当たり、「判定依頼書について（送付）」p32を添付してください。
- ⑤ 判定依頼書類は、「補装具チェックリスト」p33に沿って内容を確認し、未記入、記載内容不十分、添付書類不足等の不備がないようにしてください。
- ⑥ 市町から更生相談所へ提出された書類について、疑義がある場合は市町をとおして意見書作成医師、補装具製作者、入所施設等に照会する場合があります。
- ⑦ ⑥により、申請者が市町窓口で書類を提出してから更生相談所が「補装具判定書」または「補装具技術的助言通知書」を発行するまでに時間を要する場合があります。適正かつ迅速な事務処理に御協力をお願いいたします。

事務連絡  
年月日

静岡県身体障害者更生相談所  
補装具・更生医療担当 様

〇〇市 〇〇課  
〇〇市福祉事務所〇〇課  
〇〇町 〇〇課 } 〇〇担当

判定依頼書について（送付）

このことについて、下記のとおり判定依頼書を送付します。

記

送付件数：補装具 件、更生医療 件、合計 件

番号	区分	文書番号	氏名	判定依頼内容
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

- (注) 1 「区分」欄には、「補装具」又は「更生」と記入してください。  
2 「文書番号」欄には、例えば「身相第 号」等と記入してください。  
3 「判定依頼内容」欄には、次のように記入してください。  
【補装具の場合】補装具の種目（車椅子、補聴器、義肢、等々）  
【更生医療の場合】障害区分（視覚障害、聴覚障害、腎臓機能障害、等々）

補装具チェックリスト	申請者 氏名		市町名	
<b>1 申請者・申請</b>				確認
支給対象者は、身体障害者・児である。 ※1				
他制度(労災、自賠責、医療保険、介護保険、戦傷病者等)は、優先適用されない。				
現在使用中の補装具の①支給年②種目③個数④用途は、更生指導台帳により把握している。				
申請された補装具の使用場所・用途・使用時間は、明確である。				
申請された補装具の使用場所・用途は、現在使用している補装具と重複しない(重複する場合、「使い分けしなければ申請者の生活・就労・就学が極めて困難になる」明確な理由が意見書に記載されている)。				
<b>2 判定依頼の要否</b>				
更生相談所の判定が、必要である(下記のいずれかに該当すること)。				
①判定が必要な種目または場合(2個交付・特例補装具等)である。				
②市町で支給決定可能な種目であるが、医学面から専門的な助言を求める明確な理由がある。				
制度の対象となる所得上限額は、超過していない。				
<b>3 判定依頼書</b>				
申請区分は、適切である(新規・再支給・修理の別)。				
身障手帳障害名は、補装具の種目に対応しており、更生指導台帳に記載されている。				
必要事項は、もれなく記載されている(職業、現在の居所(施設なら施設区分、名称、退所見込)等)。				
<b>4 意見書</b>				
意見書を作成した医師は、要件を満たしている。				
必要事項は、もれなく記載されている。				
(特に表面「現在の障害部位の状況」裏面「補装具製作にあたっての留意点」「効果見込」は空欄ではないこと)				
補装具の種目と製作部位は、障害認定された種別と部位と合致している。				
耐用年数以内の再支給は、修理では対応不可能な理由が明記されている。				
骨格構造義肢の再支給及び同種目2個支給の場合は、その必要性が明記されている。				
付属品は、生活・障害状況に鑑み必要不可欠であることを確認している(国通知※2)対象者例参照)。				
<b>5 見積書</b>				
加算項目は、意見書の処方内容と一致している。				
加算項目は、告示の項目に該当し、上限額以下である。				
<b>6 最後に・・・</b>				
判定に係る必要な書類は、全て揃っている。				
<b>7 補聴器</b>				
【意見書裏面】装用耳は、良聴側(聴力レベル検査数値が低い側、語音明瞭度検査数値が高い側)である。				
【意見書裏面】両耳装用の申請の場合は、				
①「職業上の理由」の場合は業務内容と勤務時間、必要となる場面を聴取している。				
②「その他の理由」の場合、i 両耳装用を申請した経緯 ii 装用申請者の生活スケジュール iii 社会参加の有無 iv 現在の装用状況と装用時間 v 片耳で聴こえの確保が困難な具体的な場面 vi 両耳装用の経験の有無と装用期間、片耳装用と比較した聴こえの違いを、申請者から聴取している。				
【意見書裏面】耳あな型の申請の場合は、「身体・職業上等の理由により、耳かけ型、ポケット型の使用が困難で真に必要な理由が明記されている。				

※1 補装具支給事務取扱指針について(平成30年3月23日付け障発0323第31号)別表1参照

※2 補装具費支給事務取扱要領(平成30年3月23日付け障企自発0323第1号)参照

1 義肢

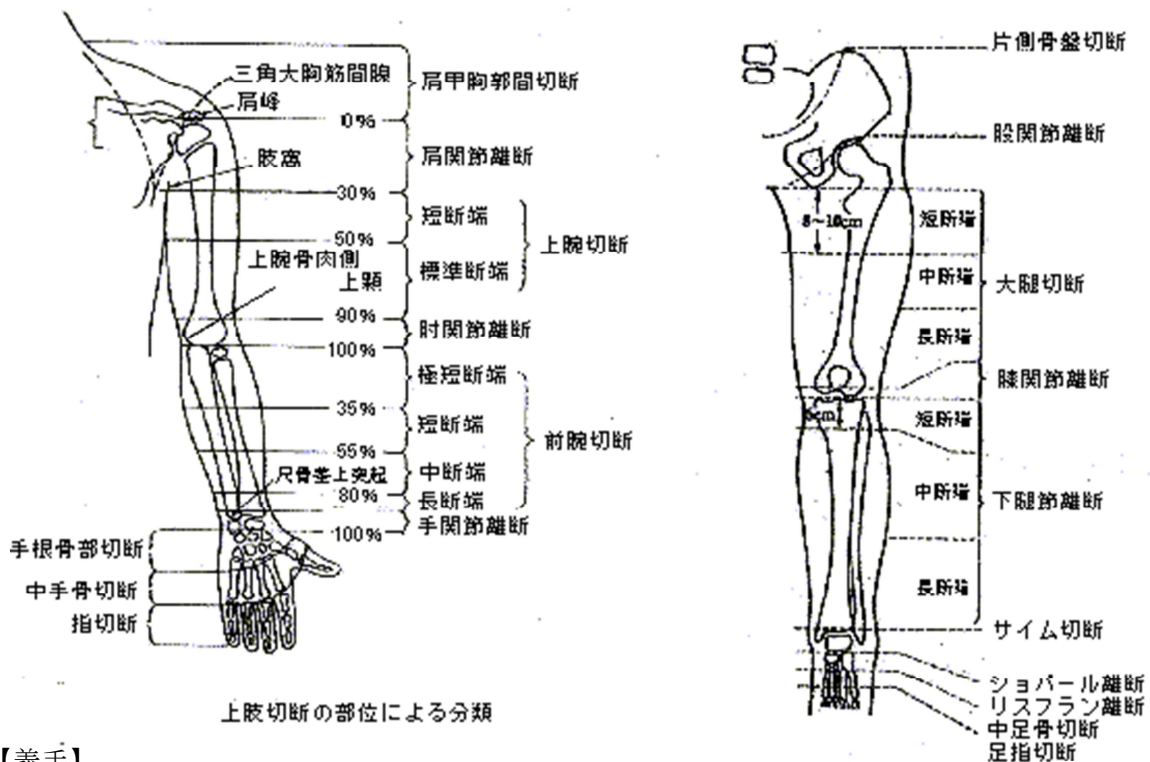
切断等により四肢の一部を欠損した場合に、手足の形態又は機能を復元、代替するため装着・使用するもの。構造により大きく2つに分けられる。

(1) 殻構造義肢

甲殻類の肢体の構造と同様に、外側を覆う殻で義肢に働く外力を負担し、同時にこの殻の外形が人の手足と同様の外観を整える構造の義肢。プラスチック、木材、アルミニウムなどを用いて製作されている。

(2) 骨格構造義肢

人間の手足の構造と同様に、義肢の中心軸にある軽金属の支柱で外力を支え、外側をプラスチックフォームなどの軟化材の成形品をかぶせて人の手足と同様の外観を整える構造の義肢。軽量化が図られるので高位の切断に有効で、完成後も調整ができる。部品の組み合わせで作り、目的に応じて機能的な部品を組み込むことができ、破損しても順次部品交換をしながら長期間使用することが可能。反面、外表面が殻構造に比べると破損しやすいなどの欠点もある。



【義手】

- 能動式：体の動きで手先の開閉などの操作ができる義手。
- 電動式：筋電式とも言う。手先の操作を行うための力源に電気エネルギーを用いるもの。
- 装飾用：容姿を整えるための義手。外観が良く、軽量化できる。
- 作業用：重作業に適するよう頑丈に製作され、外観の復元はあまり配慮されていない。義手の場合、作業内容に応じて手先具の交換ができる。

【大腿義足】

- 差込式：切断端とソケット内面との間に余裕を持たせた義足。懸垂装置（肩吊や腰バンド）にて調整する。高齢者に多いタイプの義足。

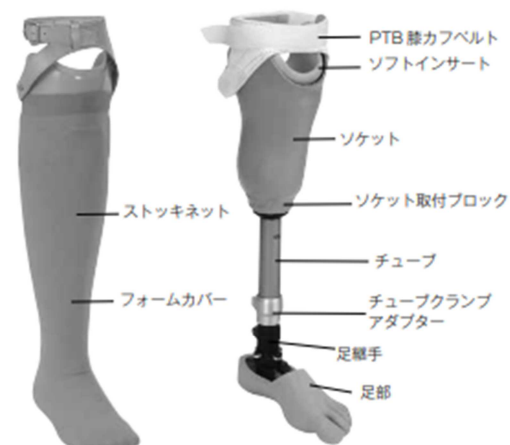


- ライナー式：シリコーン製のライナーを足に装着する義足。ライナーは、伸縮性が高く、形状が変化しないという特徴があり、ソケットと皮膚との緩衝剤として機能し、皮膚を保護する役割がある。現在最も主流なタイプ。
- 吸着式：ソケットと断端（切断部）を密着させて真空状態を作り、ソケット内面と断端表面との間に吸着作用を生じさせ自己懸垂性を持たせた義足。

#### 【下腿義足】

- 差込式
- PTB式：下腿切断には生体力学上最も優れており、断端の長さが10cm以上の場合に処方される。膝関節の安定性が悪い場合は適さない。
- PTS式：ソケット自体に懸吊機能があり、膝の側方安定性のある程度保障する。外観も良いが、膝を90度に屈曲させると膝の出っ張りが目立つ。断端の長さが短い（10cm以下）場合に処方される。
- KBM式：ソケットが大腿骨顆部を左右から挟みこむようになっており、膝関節が不安定でも使える。外観も良いが、膝を90度以上に屈曲させると圧迫感を感じる。適応する断端の長さはPTS式と同程度。
- TSB式：シリコンライナーで断端部を全面接触させ、接続する方式。懸垂力が強く、感覚のフィードバックがよい。

※PTS式、KBM式及びTSB式は懸垂バンド不要。



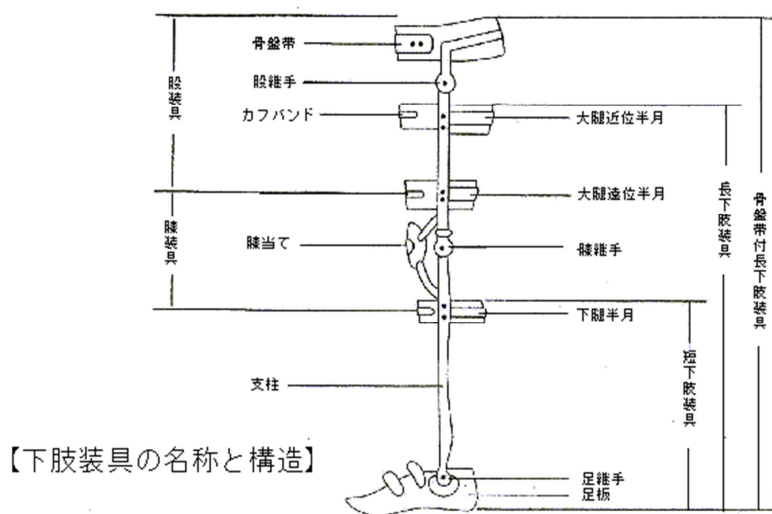
骨格構造 (PTB式)

#### ※ 注意事項

- ・ 部品を選択にあたり、原則「同等性能でより安価」なものを選定してください。
- ・ 義足の製作については、断端部の状態が落ち着いている必要があります。
- ・ 原則として、受傷後最初に作る義足は「治療用装具」です。補装具として支給するのは、医療処置が終了して、日常生活として使用するものになります。
- ※障害者総合支援法を適用して、医療用装具を修理することは可能です。
- ・ 骨格構造義肢については、不具合のある部品を交換・修理しながら使用していくことが原則です。

## 2 装具

関節の異常運動や筋力の低下、変形、痛みなどの障害に対応して、変形の矯正や機能の代償、補助が目的であり、種類が多く、材質も様々である。使用する部位により、上肢、下肢、体幹、靴型装具に分類される。



### 【長下肢装具】

ポリオや脊髄損傷、二分脊椎、脳性麻痺などで下肢による支持性がない場合。膝や足関節の運動をコントロールし、特に大腿四頭筋の筋力低下による膝崩れや膝関節の不安定に有効。

### 【短下肢装具】

脳血管障害やポリオ、脊髄損傷、二分脊椎、脳性麻痺など多くの疾患に処方される。足関節の運動をコントロールし、麻痺による内・外反足、下垂足、尖足などに有効。

#### ● 両側支柱

強度が強く、内・外反足の矯正や運動量の調節、修正・部品交換が容易。ただし、重くて外観が目立ち、使用時に雑音が出る場合もある。

#### ● 硬性（支柱なし）

中等度までの痙性尖足などに適する。軽量で汚れにくく、正確に適合させやすい。ただし、可動部分の耐久性が弱く、破損した場合の修理は難しい。



#### 【足底装具】

足部の変形や痛み、O脚、X脚など下肢のアライメント不良等でアライメントの修正や疼痛の軽減目的に用いる。

#### 【靴型装具】

靴型で足部を覆う装具。脳性麻痺やリウマチなどで足の変形がある場合、脚長差の補正や痛みの緩和を図る場合などに処方される。

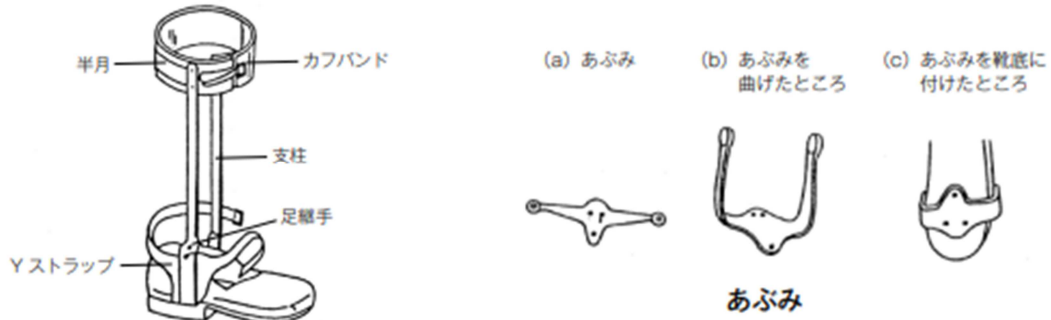
#### 【体幹装具】

カリエスや脊髄損傷、ポリオ、側弯症などで脊柱の固定や支持、体幹の変形防止、矯正を目的として処方される。

#### ※ 注意事項

- ・ 部品の選択にあたり、原則「同等性能でより安価」なものを選定してください。
- ・ 治療や訓練目的のものは補装具費支給対象外となります。  
原則として、受傷後最初に作る装具は「治療用装具」です。補装具として支給するのは、医療処置が終了して、日常生活として使用するものになります。
- ・ 障害者総合支援法を適用して、医療用装具を修理することは可能です。

部品・付属品（主に下肢装具で使われるもの）



- ・半月：下肢装具の支柱に取り付け、下肢の後面又は前面を半周する半円筒状の帯板部品。装具を肢体に固定するとともに、支柱の位置決め機能を持ち、また装具の強度も高める。
- ・カフバンド：上肢又は下肢の一部を一周するように被覆する部品で、皮革、プラスチックなどで作られる固定用のバンド。
- ・支柱：義肢・装具に用いる金属又はプラスチック製の柱状棒材で、義肢の外力負担、装具の外力もしくは変形矯正、予防の力を負担し、また継手などの部品や付属品を取り付ける土台となる部品。
- ・Tストラップ、Yストラップ：足関節の内反、外反変形を矯正する目的で支柱に向かって引き寄せるT型又はY型の帯状のもの。
- ・あぶみ：足部又は靴と装具とを連結するもので、両側支柱の足継手以下の部分がついている。
- ・足継手：足関節の底屈と背屈をコントロールし、足関節に協同して動く。  
固定式－全く動きの無いもの。  
遊動式－動作を制限しないもの。  
制限式－特定の動作を制限したもので、一方向制限付、二方向制限付等がある。  
前方制動、後方制動等。  
制限補助付－底屈あるいは背屈の動作を補助するもので一方向補助付(クレンザック)、二方向補助付(ダブルクレンザック)等がある。
- ・膝サポーター  
支柱つき 弾性を持つ布地の内外側に膝遊動継手をつけて膝関節を保護する。  
支柱なし 弾性を持つ布地で膝関節を保護する。
- ・ツイスター：骨盤帯と足部とをゴムひも（軟性）又は鋼線で連絡し下肢の回旋変形を矯正するもの。
- ・膝継手：膝関節に協同して動き、膝の動きを制御するもの。歩行時には膝関節を伸展位に保ち、座位では屈曲を可能にする。種々の固定（ロック）機構を持つ。  
輪止め式（リングロック）－リングを上下させることで膝継手を固定するもの。  
スイスロック－膝を伸展位にすると自動的にロックし、また簡単な操作で解除できるもの。  
多軸膝－生理的な動きを考えて、複数の膝軸をもつもの。
- ・デニスブラウン：内反足を矯正するために靴型装具又は足底装具の底に取りつけられるもの。
- ・膝当て：長下肢装具や膝装具で膝継手の前方に取りつけて膝蓋骨を前方又は後方から押さえて両側の支柱に固定させ、膝の変形や屈曲拘縮等を改善するもの。
- ・スタビライザー：長下肢装具（骨盤付もある）を取りつけて安定させる板であり、下肢の支持性、バランスのために使用される。
- ・ターンバックル：装具の支柱や支持部に取りつけて関節可動範囲を調節するもので、関節拘縮の改善などに用いる。
- ・ダイヤルロック：大腿と下腿の支柱に穴をあけた円盤をつけて、任意の膝関節角度でロック可能となる。
- ・伸展屈曲補助装置：膝折れ防止、足関節過背屈防止に用いる。
- ・補高用足部：著しい下肢の短縮による脚長差を補正するために用いる義足用足部。

### 3 姿勢保持装置

長時間座位をとることができない、または自力で座位を保持することが困難な場合に安定した座位の保持を可能にするために用いる装具。

- 平面形状型

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ることで姿勢を保持する機能を有するもの。



平面形状型

- モールド型

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ることで姿勢を保持する機能を有するもの。

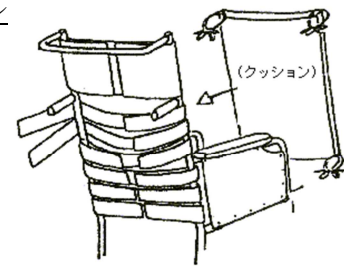


モールド型

なお、付属品のうち体幹保持部品（胸パッド及び胸受けロールを除く。）及び骨盤保持部品を組み合わせることはできない。

- シート張り調節型

支持面のシート又は複数のベルトによるたわみによって身体形状や変形に対応し、姿勢を保持する機能を有するもの。



ベルトで調節するもの

#### ※ 注意事項

- ・姿勢保持装置として支給されるもののうち、構造フレームに「車椅子」又は「電動車椅子」を使用する目的は主に移動であることから、車椅子又は電動車椅子の種目を別に支給（保有）することは適切ではありません。同時に支給を必要とする場合には、使い分けの必要性を明確にしてください。
- ・姿勢保持装置と車載用姿勢保持装置は別の種目であることから、それぞれ1個支給することが可能です。
- ・学校用として支給した姿勢保持装置が使用されず、学校の廊下等に放置されている実態も確認されており、災害時の避難にも支障があることから、姿勢保持装置を学校で使用する目的で申請があった場合は、市町は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を確認し、真に必要があると認められる場合に限り支給することが適当です。

学校への聞き取り内容については、補装具使用環境調査書に記載し、判定依頼書類に添付してください。

#### 【姿勢保持装置支給個数の例】

姿勢保持装置	姿勢保持装置 構造フレーム:車椅子 or 電動車椅子	車椅子 or 電動車椅子	支給の 可否
○		○	可
○	○		可
○	○	○	否
	○	○	否

## 4 車椅子

### (1) レディメイド式 (既製品)

メーカーにより標準化され、規定のサイズが決まっており、それらの部品を組み立てて製作された車椅子。既製の部品を一定パターンで溶接・接着している。

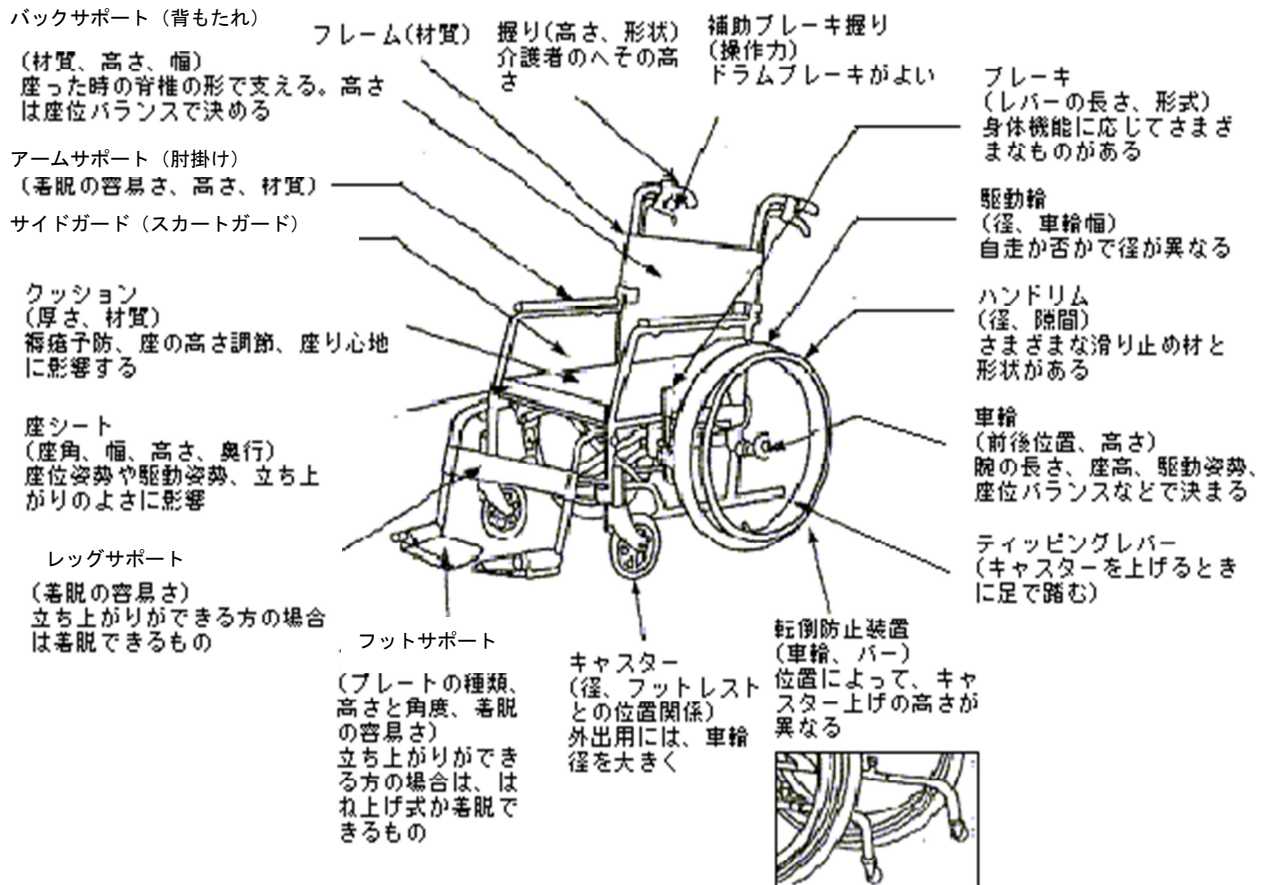
### (2) オーダーメイド式

個々の障害の状況や体型等に対応できるように部品を製作、溶接・接着して個別に制作する車椅子。

### (3) モジュラー式

使用部品は既製だが、個々の障害の状況に対応できるように選択し、組み上げる車椅子。完成後も各部の微調整が可能で、部品交換や修理等が容易。

## 車いす各部の名称と考慮すべき点と特徴



- 自走用  
主に上肢や下肢で駆動できる方が使用する。
- 介助用  
ハンドリムが付いていないので、介助者が手押しで動かす。  
比較的軽量で扱いやすく、自動車への積載も容易。
- リクライニング機構  
背もたれの角度を変えることができるもの。  
頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとる必要がある者、四肢・体幹機能障害により運動制限が著明で、座位を長時間保持できない者が適応となる。



- ティルト機構

背もたれと座面の角度を変えないまま、リクライニングするもの。

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が適応となる。

- 手動リフト式普通型

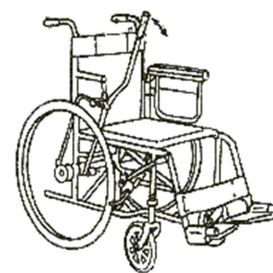
乗降や作業が容易になるが、座席の昇降に労力を要し、また全体的に重量が重い。

- 片手駆動型

片側にハンドリムを二重に装着しており、片麻痺などの障害がある場合でも健側の手だけで操作できるが、有効に使いこなすためには相当の訓練と筋力を必要とする。

- レバー駆動型

肘かけについたレバーを、ボートについたオールを漕ぐように動かして操作可能。片手駆動型と比較すると軽い力で駆動でき、片麻痺などの障害があっても健側の手のみで自立移動できる。



### ※ 注意事項

- ・基本構造（例：車椅子オーダーメイド式自走用なら 112,500 円）に含まれていない各種機能や付属品の選定にあたっては、障害の状況に応じて加算が可能になりますので、意見書等に必要性を記載してください。
- ・付属品のクッションを単に座り心地をよくする目的で支給するのは適当ではありません。クッションを必要とする者とは、褥瘡のある者、褥瘡の発生の危険性がある者で、除圧の動作が不十分、困難な者等です。  
※褥瘡や感覚障害の程度、骨盤の状態などについては、原則として医師等の専門職の評価に基づき判断する必要があります。
- ・「バックサポート張り調整式」と「背クッション」の同時加算はできません。
- ・駆動輪・主輪の「車軸位置調整」はオーダーメイド式の場合には算定できません。
- ・「介助用車椅子バギー形」については、フットブレーキが駐車ブレーキとなることから、フットブレーキの加算はできません。  
付属品のヘッドサポート（マルチタイプ）、杖たて、泥よけ、リフレクタ及び延長レバーも認められません。

## 5 電動車椅子

### ● 標準形

J I S規格により最高速度や安定性、走破性など機能面及び安全面の指標が示されている。手動式の車椅子と比較すると、事故時の危険性が高いので、安全な走行ができるようになるまで操作訓練を十分に行う必要がある。

### ● 簡易形

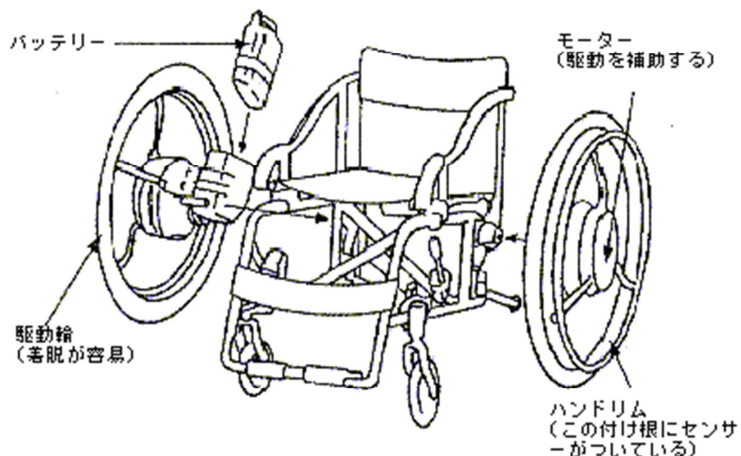
車椅子に電動駆動ユニットを取りつけて電動化したもの。やや重くなるが、本体車椅子の折りたたみができれば車載も可能。J I S規格品であれば概ね後付けできる。取り回しが良く、スペースの限られた場所でも実用性が高い。

#### (1) 切替式

電動と手動をスイッチで切り替えることができる。電動はレバー操作で前進・後退、方向転換を行う。

#### (2) アシスト式

ハンドリム操作を動力によって補助するもの。手動操作の力がある程度強くなると、補助動力が自動的に作動する。



### ● 電動リフト式

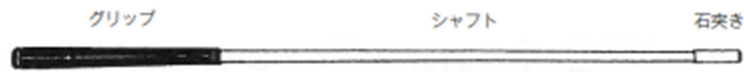
乗降や作業が容易となる。床まで座面が昇降し、畳生活にも対応できる。

### ※ 注意事項

- ・新規交付時は、原則来所による操作確認を行います。
- ・支給要件は、下記要件のすべて（①については、①のア・イ又は②の何れかに該当すればよい）を満たす重度の歩行困難者で、電動車椅子の使用により自立と社会参加の促進が図れる者です。
  - ①重度の下肢機能障害者（原則として下肢機能障害2級以上又は体幹機能障害3級以上）で
    - ア 上肢機能障害があるため手動車椅子の使用が不可能な者又は操作が著しく困難な者
    - イ 上肢機能障害はないが、使用目的及び日常生活圏の環境等の状況から、電動車椅子を使用することにより日常生活の自立と社会参加の促進が図れる者
  - ②呼吸器機能障害及び心臓機能障害によって歩行に著しい制限を受ける者であって、医学的所見から適応が可能な者
  - ③視野、視力、聴力等に障害を有しない者又は障害を有するが電動車椅子の安全走行に支障がないと判断される者
  - ④歩行者として、必要最小限の交通規則を理解している者
  - ⑤電動車椅子の操作を円滑にできる者
- ・簡易型切替式の付属品について、電動装置、外部充電器、バッテリー以外は車椅子の価格に準じます。また、本体価格には車椅子の価格を加えることができます。基本価格については、電動車椅子の上限価格を適用します。

## 6 視覚障害者安全つえ

杖先から地面の状況や突然の変化を探る情報提供の役割、障害物に先に当たるバンパーの役割、視覚に障害があることを周囲に理解させるシンボルとしての役割がある。あまり軽すぎると情報を感じ取りにくいので、200g程度が適当とされる。



## 7 義眼

- レディメイド（既製品の義眼）
- オーダーメイド（個別に適合するように特殊加工した義眼）

## 8 眼鏡

### ● 矯正用

近視、遠視、乱視等、網膜で焦点が正しく結ばれない場合、屈折異常を矯正する必要のある方に限られる。視野障害のみは対象外。

乱視についての加算が認められるのは矯正用の眼鏡のみであり、視力障害でなければ乱視の加算は認められない。

### ● 遮光用

視覚障害により身体障害者手帳を取得しており、羞明を来している場合や羞明軽減に遮光眼鏡以外の方法がない場合が対象。

着色したレンズで特定の光波長をカットするので、羞明（まぶしさ）が軽減される。網膜色素変性症の場合、徐々に視力低下が進行していくので進行緩和の役割も持っている。

### ● コンタクトレンズ

強度の屈折異常や角膜白斑などで視力低下があり、眼鏡装用では十分な効果が得られない、眼鏡装用が困難等、真に必要と認められる場合に対象となる。

### ● 弱視用

矯正用が屈折異常を矯正するのに対して、弱視用は対象物を拡大して見せる。弱視用は、矯正用などでは視力改善が期待できない場合に使われる。

掛け眼鏡式高倍率（3倍率以上）の対象者は、職業上、教育上真に必要な者に限る。

（例）①現に就労中の者（求職中の者を含む）

②就学中の者や各種教養講座の受講者

### ※ 注意事項

- ・ 2個支給は、医学的及び日常生活上、真に必要と認められる場合に限りです。

（例）①遠用と近用の眼鏡（矯正用）

②屋内用と屋外用の眼鏡（遮光用）

## 9 補聴器

難聴等による聴力の低下を改善するため音を拡大して聞こえを改善する補装具

- ポケット型

サイズが大きいので、価格の割に高性能の回路を組み込みやすい。最もハウリングが起こりにくく、出力を大きくさせやすい。コードが引っかかるなど、携帯が不便。



- 耳かけ型

耳にかけて使用するタイプ。ポケット型のようなわずらわしさはないが、つまみが小さいので、操作しにくい。



- 耳あな形

耳のあなに入れて装着する。外見上は最も目立たないが、超小型のために大出力が必要な重度の難聴には向かず、またつまみ操作が難しい。耳介の欠損・変形により、他の耳かけ型の装用に問題のある方やヘルメット等を常用する方が使用する。



- 骨導式

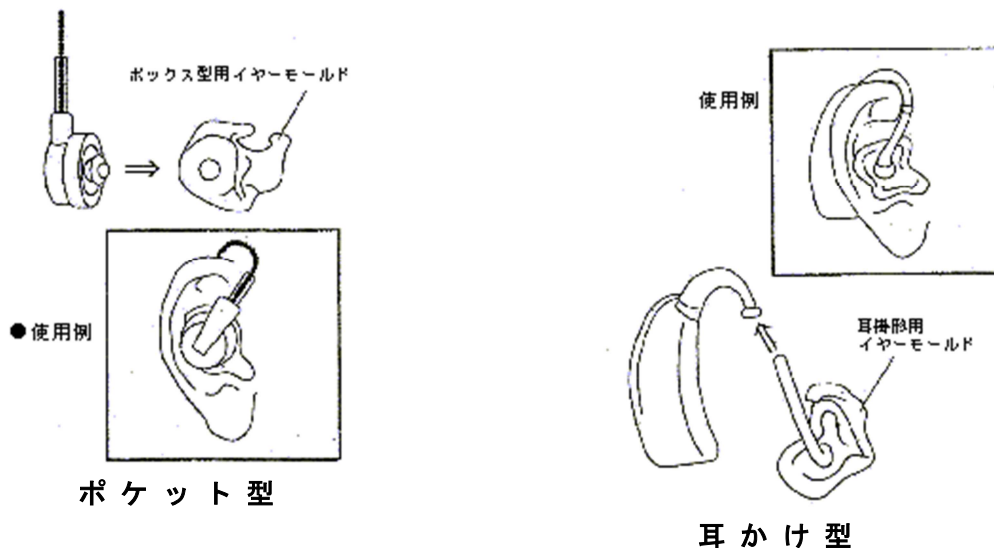
外耳道が閉鎖している場合などでも、耳の後ろの骨から骨伝導で音を伝える。強く押しつけないと、聞き取りにくいこともある。

- 眼鏡型

眼鏡のつるに組み込み、目立たない。骨導式に都合が良い。

- イヤーマールド

耳穴の形状に合わせるため、脱落しにくく、ハウリング(音漏れ)が起こりにくい。



- ワイヤレス補聴システム

話し手の送信機（ワイヤレスマイク）から送信された音声を聞き手が受信器で受信するシステム。音声をデジタル無線方式で送信するので、聞取りが難しい場所でも鮮明な聞き取りが可能。受信器には補聴器用と人工内耳用がある。

## ※ 注意事項

- ・教育上又は職業上等の理由で両耳装用の必要性が認められた場合にのみ、公費での2個支給となります。
- 両耳支給が認められる職業上の要件としては、下記のような場合が考えられます。
  - ①職業環境上、音の方向性を感知しないと危険を伴う場合
  - ②職業遂行上、他人への安全面の配慮を求められる場合
- ・聴覚及び視覚に障害のある盲ろう者については、情報取得に必要であると認められれば、実情に応じた個数の支給となります。
- ・耳あな型補聴器は、身体上・職業上等の理由で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な方が対象者となります。さらに、オーダーメイドの場合には、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な理由が必要となります。
- ・補聴援助システムの支給申請もあった場合、当該補聴援助システムについて、学校又は勤務先及び申請者への聞き取り等により、以下の項目の確認が必要となります。
  - ①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こと。
  - ②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こと。
- ・補装具費支給制度で支給できるワイヤレス補聴システムは、カタログ等に価格が明記されているもので、カタログ等に記載の受信機の価格及びワイヤレスマイクの価格の合計が232,700円の範囲内のものに限ります。
- ・FM型補聴器の購入・修理申請があった場合には、特例補装具となります。

## 10 歩行器

下肢の筋力低下や歩行が不安定な方が、上肢等で下肢の機能を補い、移動するための補装具。身体を囲む構造となっており、車輪のあるタイプや固定タイプなどがある。

- 六輪型 安定性が高く、軽い力で進むことができる。
- 四輪型 安定性が高く、軽い力で進むことができる。  
腰掛つきは歩行障害の程度が重い場合に有効。
- 三輪型 小回りがきき、屋外でも実用性があるが、若干不安定。
- 二輪型 四輪型と固定型の間。安定性と軽く進む機能を兼ね備える。
- 固定型 安定性が高く全体を持ち上げて進む。起立やADLに有効。
- 交互型 平行棒内の訓練パターンが使える、習得にも有効。



四輪型



二輪型



固定型



交互型



後方支持型



子供用座付歩行器  
(SRCウォーカー)

## ※ 注意事項

- ・訓練やリハビリが目的の場合は支給対象となりません。

## 11 歩行補助つえ

杖を使用することで体を支える面積が広くなり、身体のふらつきを抑えることができ、歩行の安定を図ることができる。

- カナディアン・クラッチ

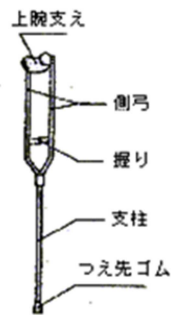
上腕支えで支持し、肘を伸ばして握りをつかむので肘を伸ばす筋肉が弱くても使うことができる。最近は少ない。

- ロフストランド・クラッチ

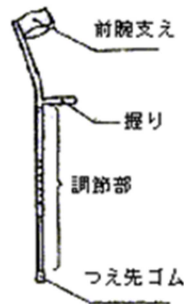
握りと前腕の2点で体重を支える。握力が弱くても使うことができ、手すりを使う時には腕にかけておける。

- 多点杖

着地面積が広く安定性が高いので、立つ時の姿勢が悪い場合でも使うことができる。早い速度の歩行には向かない。



カナディアン・クラッチ



ロフストランド・クラッチ



多脚杖（三脚づえ）

## 12 重度障害者用意思伝達装置

重度の両上下肢機能障害及び音声・言語機能障害により意思の表出ができない方が、まばたき等の残存機能を使って意思を伝達する機器。障害者手帳を持たない難病患者であっても、神経・筋疾患があり、音声・言語機能を喪失した者又はまもなく喪失状態になると診断された者も対象となる。

### ※ 注意事項

- ・視線検出入力装置（スイッチ）を選択している場合、その構造等により、次の付属品との組合せは原則として認められません。

(1) 呼び鈴分岐装置

(2) その他の入力装置（スイッチ）

真にやむを得ない理由により必要な場合は、特例補装具となります。

- ・視線検出入力装置（スイッチ）をモニターに取り付けるためのプレートは製品に付属されていることから、入力装置固定具を付属品として支給することは適切ではありません。



# 補装具意見書を 作成する先生へのお願い



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に基づく補装具は、

- × あれば便利
- × 本人や家族が希望
- × 一時的に使用
- × 予備として
- × 数年後に備えて
- × 耐用年数に到達

…という理由だけでは、支給することはできません。



## 意見書作成 5 つのポイント

- 1 医師署名欄も含め、記入もれがない
- 2 現在の障害状況がわかる
- 3 その補装具（部品）を必要とする  
医学的理由がわかる
- 4 同等安価の原則に準ずる
- 5 医師の責任のもとに補装具意見書を  
作成してくださるようお願いします

※意見書の記載内容について、意見書作成医師に照会させていただく場合があります。

## 補装具とは… 障害者総合支援法施行規則 第6条の20より

- ①障害者等の身体を補完し、又は代替し、かつ、身体への適合を図るように製作されたもの
- ②障害者等の身体に装着することにより、その日常生活、就労、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
- 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必要とされるもの

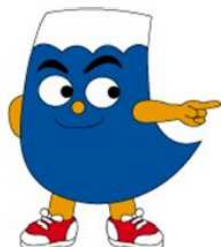


なぜ、その補装具が必要なのか？  
なぜ、その部品を選択したのか？

医学的理由が明確ではない場合、  
意見書を作成した医師に照会します。

ここにも要注意！

- 補装具の支給は1種目について1個が基本  
2個必要な場合は、なぜ1個では不十分で2個必要なのか、その理由を明確にしてください。
- 特別な補装具＝特例補装具が必要な場合は、意見書とは別にその必要性を説明する理由書が必要になります。
- 修理を行う時にも意見書が必要な場合があります。
- 補装具の意見書を作成できる医師の条件（主に以下3点）があります。
  - ・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
  - ・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ける研修を終了している医師

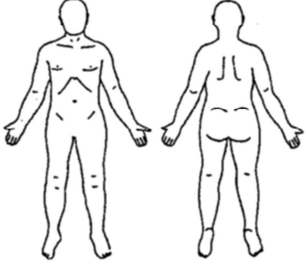




補装具費支給に関する詳細な情報等は、  
静岡県ホームページにも掲載しています



作成：静岡県身体障害者更正相談所業務迅速化ワーキンググループ  
事務局：静岡県身体障害者更生相談所 054-646-3571

補装具費支給に関する意見書 (下肢・靴型装具用)

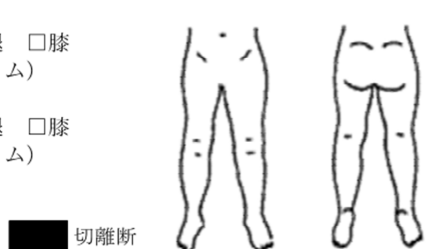
氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所				歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (病名:			
疾病・外傷 発 生 年 月	年 月 日			
治療経過	【症状の経過及び診断・治療 (既手術等) 内容等について詳細に御記入ください。】 診断、治療・症状の経過について詳細を記入			
障害状況	<input type="checkbox"/> 中枢性麻痺	部 位	ブルンストローム・ステージ	感覚評価
	<input type="checkbox"/> 末中枢性麻痺			なし / 感覚鈍麻 感覚脱失 / 異常感覚
	<input type="checkbox"/> 筋・骨格系			その他 ( ) 評価不可能
現在の 身体状況	【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。】 ・下肢の変形、脚長差などについて詳細を記入 ・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)、ADLの状況等について詳細に記入 ・ADL機能評価等を行っている場合はその情報を記入 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			
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】 ・現在使用中の補装具がある場合、いつ製作した補装具か、その使用状況について記入 (治療用装具である場合はその旨を記入) ・修理、再作製の場合はその理由、破損箇所等について具体的に記入			
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。 補装具使用の目的及び可能となる動作について具体的に記入			

裏面に続く

様式 2-3-2 (裏面)

製作部位 及び製作区分	【部位】 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 【区分】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け	<b>いずれかに必ずチェックする</b>	
処方補 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 <input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸 採型区分 ( )	
下肢装具	継手	股継手 <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 膝継手 <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手 足継手 <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手	完成用部品名 ( ) <b>完成用部品名は全て記入</b>
	支持部	大腿支持部	<input type="checkbox"/> 半月 <input type="checkbox"/> 皮革等 ( <input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 大腿コルセット ) <input type="checkbox"/> 硬性 ( <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂 ) <input type="checkbox"/> 坐骨支持式 <input type="checkbox"/> カーボン使用
		下腿支持部	<input type="checkbox"/> 半月 <input type="checkbox"/> 皮革等 ( <input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 下腿コルセット ) <input type="checkbox"/> 硬性 ( <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂 ) <input type="checkbox"/> PTB式、PTS式及びKBM式 <input type="checkbox"/> カーボン使用
		足部	<input type="checkbox"/> あぶみ 完成用部品名 ( ) <input type="checkbox"/> 足部 ( <input type="checkbox"/> 足部覆い <input type="checkbox"/> 標準靴 <input type="checkbox"/> 硬性 ( <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂 ) <input type="checkbox"/> 足底装具 ( <input type="checkbox"/> MP関節遠位 <input type="checkbox"/> MP関節近位 ) <input type="checkbox"/> 足板の補強 <input type="checkbox"/> カーボン使用 <input type="checkbox"/> ベルト追加 ( 本 )
加算要素 その他の	<input type="checkbox"/> 膝サポーター ( <input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし ) <input type="checkbox"/> キャリパー <input type="checkbox"/> ツイスター ( <input type="checkbox"/> 硬性 <input type="checkbox"/> 軟性 ) <input type="checkbox"/> 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"/> スタビライザー <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> ダイヤルロック <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"/> 足底裏革 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 内張り ( <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 足底装具 ) <input type="checkbox"/> 足底装具屋内用ベルト		
発育性股関節形成不全用装具の加算要素 ( )			
靴型装具	製作要素	左 ( <input type="checkbox"/> 患側 <input type="checkbox"/> 健足 )	右 ( <input type="checkbox"/> 患側 <input type="checkbox"/> 健足 )
		<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸 (採型区分: )	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸 (採型区分: )
		<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"/> 短靴 <input type="checkbox"/> チャッカ靴 <input type="checkbox"/> 半長靴 <input type="checkbox"/> 長靴
		<input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴	<input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴
加算要素	<input type="checkbox"/> グッドイヤー式 <input type="checkbox"/> マッケイ式 <input type="checkbox"/> グッドイヤー式 <input type="checkbox"/> マッケイ式 <input type="checkbox"/> 月型の延長 <input type="checkbox"/> スチールパネ入り <input type="checkbox"/> トウボックスの補強 <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 c m ( <input type="checkbox"/> 敷き皮式 <input type="checkbox"/> 靴の補高 ) 脚長差 c m <input type="checkbox"/> ヒールの補正 <input type="checkbox"/> トルクヒール <input type="checkbox"/> ヒールウェッジ <input type="checkbox"/> カットオフヒール <input type="checkbox"/> キールヒール <input type="checkbox"/> サッチヒール <input type="checkbox"/> トーマスヒール <input type="checkbox"/> 逆トーマスヒール <input type="checkbox"/> フレアヒール <input type="checkbox"/> 階段状ヒール 足底の補正 <input type="checkbox"/> 内側ソール・ウェッジ <input type="checkbox"/> 外側ソール・ウェッジ <input type="checkbox"/> デンバーバー <input type="checkbox"/> トーマスバー <input type="checkbox"/> メイヨー半月バー <input type="checkbox"/> メタターサルバー <input type="checkbox"/> ハウザーバー <input type="checkbox"/> ロッカーバー <input type="checkbox"/> 蝶型踏み返し		
製作(購入)修理・借受けにあたっての留意点等	<b>【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。】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特に高機能・高額な部品等を使用する場合、告示による同等安価な他の部品と比較・検討した結果、機能の違い、選定理由、ADLや使用環境における改善見込み等を記入</li> <li>・修理や再製作において前回の処方内容から追加、変更がある場合はその理由及び障害状況の変化等がわかるように記入</li> <li>・継手・あぶみだけでなく、必要な完成用部品名は全てもれなく記入</li> </ul>		
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			
電話番号 ( )			
<input checked="" type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限り】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			

補装具費支給に関する意見書 (骨格構造義足用)

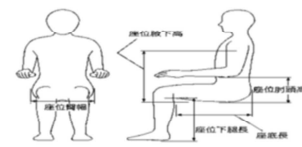
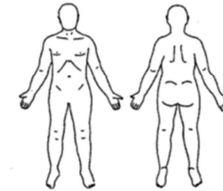
氏 名	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	歳		
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (病名: )		
疾病・外傷 発生年月	年 月 日		
切断・離断 ・欠損部位	参考図示 (関係のない部分は記入不要) 【下 肢】 右 ( <input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム ) 左 ( <input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 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 日 診断、治療・症状の経過について詳細を記入		
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。】 ・断端の状態 (断端長、傷の有無、成熟の程度等)、下肢の変形、脚長差などについて詳細を記入 ・障害部位に関する筋力(MMT)、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) について記入 ・ADL 機能評価等を行っている場合はその情報を記入		
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】 ・現在使用中の補装具がある場合、いつ製作した補装具か、その使用状況について記入 (治療用装具である場合はその旨を記入) ・修理、再作製の場合はその理由、破損箇所等について具体的に記入		
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。 補装具使用の目的及び可能となる動作について具体的に記入		

裏面に続く

様式 2-2-2 (裏面)

製作部位 及び製作区分	【部位】 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 【区分】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け	<b>いずれかに必ずチェックする</b>		
処方補装具名 (採型区分 ・基本価格)	名称	型式	名称	型式
	<input type="checkbox"/> 股義足		<input type="checkbox"/> 下腿義足	<input type="checkbox"/> 差込式 <input type="checkbox"/> PTB式 <input type="checkbox"/> PTS式 <input type="checkbox"/> KBM式 <input type="checkbox"/> TSB式
加算	<input type="checkbox"/> 大腿義足	<input type="checkbox"/> 差込式 <input type="checkbox"/> ライナー式	<input type="checkbox"/> サイム義足	<input type="checkbox"/> 差込式 <input type="checkbox"/> 有窓式
	<input type="checkbox"/> 膝義足	<input type="checkbox"/> 吸着式	<input type="checkbox"/> 坐骨収納型ソケット	<input type="checkbox"/> 大腿支柱付き
ソケット	<input type="checkbox"/> 片側骨盤切断用	<input type="checkbox"/> 短断端切断用キップシャフト	<input type="checkbox"/> シリコーン又はライナー	<input type="checkbox"/> 透明プラスチック
	<input type="checkbox"/> チェックソケット	<input type="checkbox"/> シリコーン又はライナー	<input type="checkbox"/> 透明プラスチック	<input type="checkbox"/> ダイレクトソケットシステム
材料 加算	<input type="checkbox"/> 木製	<input type="checkbox"/> 皮革	<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂	<input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂
	<input type="checkbox"/> エアクッションソケット		<input type="checkbox"/> カーボンストッキングネット	
ソフトインサート	<input type="checkbox"/> 皮革	<input type="checkbox"/> 軟性発泡樹脂	<input type="checkbox"/> 皮革・軟性発泡樹脂	
	<input type="checkbox"/> 皮革・フェルト	<input type="checkbox"/> シリコーン		
支持部	<input type="checkbox"/> 股義足用	<input type="checkbox"/> 大腿義足用	<input type="checkbox"/> 膝義足用	<input type="checkbox"/> 下腿義足用
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 股義足用	<input type="checkbox"/> 懸垂帯一式		
	<input type="checkbox"/> 大腿義足用	<input type="checkbox"/> シレジアバンド一式	<input type="checkbox"/> 肩吊り帯	<input type="checkbox"/> 腰バンド <input type="checkbox"/> 横吊帯
	<input type="checkbox"/> 膝義足用	<input type="checkbox"/> 義足用股吊帯一式		
	<input type="checkbox"/> 下腿義足用	<input type="checkbox"/> 腰バンド <input type="checkbox"/> 横吊帯	<input type="checkbox"/> 大腿コルセット一式	
	<input type="checkbox"/> サイム義足用	<input type="checkbox"/> PTB カフベルト一式		
断端袋	<input type="checkbox"/> 大腿用	<input type="checkbox"/> 下腿用		
外装	<input type="checkbox"/> 股義足用	<input type="checkbox"/> 大腿義足用	<input type="checkbox"/> 膝義足用	<input type="checkbox"/> 下腿義足用 <input type="checkbox"/> リアルソックス
完成用部品	股継手	<input type="checkbox"/> カナダ式 <input type="checkbox"/> ロック式	完成用部品名 ( )	
	膝継手	<input type="checkbox"/> 単軸膝 (1 遊動式 2 ロック式) <input type="checkbox"/> 安全膝 (1 空圧 2 コンピュータ制御 3 スプリング) <input type="checkbox"/> 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)		
	足継手	<input type="checkbox"/> 固定式 (SACH 足用)	完成用部品名 ( )	
	義足調整部品	<input type="checkbox"/> ブロック <input type="checkbox"/> コネクタ <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> クランプアダプタ <input type="checkbox"/> ターンテーブル <input type="checkbox"/> トルクアップソーバー <input type="checkbox"/> 伸展屈曲装置		
	足部	<input type="checkbox"/> SACH足部 <input type="checkbox"/> 単軸足部 <input type="checkbox"/> 多軸足部 <input type="checkbox"/> サイム用足部		
	足部調整用部品	<input type="checkbox"/> バンパー <input type="checkbox"/> ボルト	完成用部品名 ( )	
	外装用部品	<input type="checkbox"/> 保護カバー <input type="checkbox"/> コネクションプレート <input type="checkbox"/> フォームカバー (1 股・大腿用 2 下腿用) <input type="checkbox"/> ストッキングネット (1 股・大腿用 2 下腿用) <input type="checkbox"/> リアルソックス		
その他	<input type="checkbox"/> 吸着バルブ <input type="checkbox"/> 懸垂ベルト (1 股・大腿用 2 下腿用) <input type="checkbox"/> KBMウエッジ <input type="checkbox"/> バッテリーキット <input type="checkbox"/> ライナーロックアダプタ <input type="checkbox"/> ライナー (ピンアタッチメント なし・あり) <input type="checkbox"/> 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)			
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。】			
	<p>・特に高機能・高額な部品等を使用する場合、告示による同等安価な他の部品と比較・検討した結果、機能の違い、選定理由、ADL や使用環境における改善見込み等を記入</p> <p>・修理や再製作において前回の処方内容から追加、変更がある場合はその理由及び障害状況の変化等がわかるように記入</p>			
上記のとおり意見します。				
年 月 日				
医療機関名	<b>いずれかの該当項目に必ずチェックする</b>			
所在地				
作成医師氏名	④ (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。)				
<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医				
<input type="checkbox"/> 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				
<input type="checkbox"/> 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判定医師研修会を修了している医師				
<input type="checkbox"/> 【難病患者等に限り】 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				

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	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (病名: )		
発 生 年 月	年 月 日		
【身体寸法】	身長 _____ 体重 _____ 座位肘頭高 _____ 座位下高 _____ 座底長 _____		
身長	新規、再製作、修理いずれの場合も直近の身体寸法を必ず記入		
体重	原因となった疾病、外傷名及び発生年月日を記入		
座位肘頭高			
現在の身体・活動状況	感覚障害 (下記図示)	<input type="checkbox"/> 腰背部 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 ) <input type="checkbox"/> 臀部 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 )	
	運動障害 (下記図示)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 弛緩性麻痺 <input type="checkbox"/> 痙性麻痺 <input type="checkbox"/> 固縮 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし	
	臀部の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり	
	立ち上がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可	
	起立位保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可	
	歩 行	<input type="checkbox"/> 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可 ( <input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 手すり・壁 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 義肢・装具 ) <input type="checkbox"/> 屋外移動可 ( <input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 義肢・装具 )	
	車椅子への移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助	
	ステップの操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助	
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 (背部・頭部) があると可 <input type="checkbox"/> 不可	
除圧動作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> プッシュアップ等により可 <input type="checkbox"/> 不可		
車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 部分的に可 <input type="checkbox"/> 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) ・随意性の有無、関節の可動域、筋力及び変形等の状態を具体的に記入 ・裏面処方内容(各項目)の必要性がわかるように障害状況、身体状況を記入 ・ADL機能評価等を行っている場合はその情報について記入 		
使用中の補装具の状況	使用中の補装具 (あり・なし) 【あり】 ・現在使用中の補装具がある場合、いつ製作した補装具か、その使用状況について記入 (治療用装具である場合はその旨を記入) ・修理、再製作の場合はその理由、破損箇所等について具体的に記入		
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。】 補装具使用の目的及び可能となる動作について具体的に記入		

裏面に続く

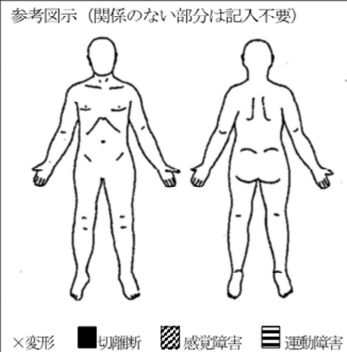
様式2-6 (裏面)

いずれかに必ずチェックする

製作区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理		
作成方法	<input type="checkbox"/> モジュラー式(標準) (商品名 ) <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> レディメイド式(商品名 )		
基本価格	身体部位	<input type="checkbox"/> 標準(上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部) <input type="checkbox"/> 頭頸部	
本体価格	名称	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用	
機構加算	名称	<input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> リフト機構	
	基本構造	<input type="checkbox"/> 後方大車輪(標準) <input type="checkbox"/> 前方大車輪 <input type="checkbox"/> 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め構造( 本)	
構造部品加算	シート	<input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整構造	
	バックサポート	名称	<input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式
		備考	<input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長 <input type="checkbox"/> 高さ調整構造 <input type="checkbox"/> 背座角度調整構造 <input type="checkbox"/> 背折れ構造
	フット・レッグサポート(片側)	<input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト(全面張り)	
	フットサポート	名称	<input type="checkbox"/> セパレート式(標準) <input type="checkbox"/> セパレート式(二重折込式) <input type="checkbox"/> 中折式
		備考	<input type="checkbox"/> 前後調整構造 <input type="checkbox"/> 角度調整構造 <input type="checkbox"/> 左右調整構造
	アームサポート(片側)	名称	<input type="checkbox"/> フレーム一体型 <input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 独立型 <input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式
		備考	<input type="checkbox"/> 高さ調整構造 <input type="checkbox"/> 角度調整構造 <input type="checkbox"/> アームサポート幅幅 <input type="checkbox"/> アームサポート延長
	ブレーキ		<input type="checkbox"/> 駐車ブレーキ(標準) <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ (自走用車椅子で介助用ブレーキが必要な理由: <b>該当する場合は必ず理由を記入</b> )
	駆動輪・主輪	名称	<input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 着脱式
備考		<input type="checkbox"/> 車軸位置調整構造 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動構造 <input type="checkbox"/> レバー駆動構造	
タイヤ	<input type="checkbox"/> エア(標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク		
キャスト	<input type="checkbox"/> ソリッド(標準) <input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ		
ハンドリム	名称	<input type="checkbox"/> プラスチック(標準) <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> アルミ	
	備考	<input type="checkbox"/> ピッチ30mm超 <input type="checkbox"/> 片手駆動構造	
付属品	クッション(カバー付き)	名称	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型
		備考	<input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工
	座板		<input type="checkbox"/> 座板 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 滑り止め加工
	ヘッドサポート		<input type="checkbox"/> 着脱式(枕含む) <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> マルチタイプ(枕含む) <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 枕(オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 枕(レディメイド)
	フットサポート		<input type="checkbox"/> ヒールループ <input type="checkbox"/> アングルストラップ <input type="checkbox"/> ステップカバー
	テーブル		<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品
	転倒防止装置		<input type="checkbox"/> パイプ <input type="checkbox"/> キャスト付き( <input type="checkbox"/> 折りたたみ構造)
	<input type="checkbox"/> 搭載台( <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台) <input type="checkbox"/> 車載固定部品( 個) <input type="checkbox"/> 杖たて( <input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> 多脚つえ) <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガード架 <input type="checkbox"/> 点滴ボール <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"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> ブレーキ(延長レバー) <input type="checkbox"/> ハンドリム( <input type="checkbox"/> 滑り止め <input type="checkbox"/> ノブ付き( <input type="checkbox"/> 垂直ノブ)		
	【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。】		
製作(購入)、修理にあたっての選定理由、留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ティルト、リクライニング等の機構加算、クッション等の付属品を選定した理由、ADLや使用環境における改善見込み等を記入</li> <li>・特に高機能・高価な部品等を使用する場合、告示による同等安価な他の部品と比較・検討した結果、機能の違い、選定理由、ADLや使用環境における改善見込み等を記入</li> <li>・修理や再製作において前回の処方内容から追加、変更がある場合はその理由及び障害状況の変化等がわかるように記入</li> </ul>		
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 電話番号	<p>いずれかの該当項目に必ずチェックする</p> <input type="checkbox"/> (自署の場合は押印不要)		
※ 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。) <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限定】 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			

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	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (病名: <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">                     原因となった疾病、外傷名 及び発生年月日を記入                 </div> )				
疾病・外傷発生日	年 月 日				
【身体寸法】	身長	座位肘頭高			
	体重	座位肘下高			
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">                 新規、再製作、修理いずれの場合も 直近の身体寸法を必ず記入             </div>		座位肘高	座位肘下高	座位肘長	
心臓等その他機能障害					
身体・ 障害等 の 状 況	※関節の可動域・筋力、 変形等の状態を記入	上肢機能 下肢機能 体幹機能	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・随意性の有無、関節の可動域、筋力及び変形等の状態を具体的に記入</li> <li>・裏面処方内容(各項目)の必要性がわかるように障害状況、身体状況を記入</li> <li>※「重度障害」の記載だけでは不十分</li> </ul> </div>		
	運動障害 (右記図示)		<input type="checkbox"/> 弛緩性麻痺 <input type="checkbox"/> 痙性麻痺 <input type="checkbox"/> 固縮 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	感覚障害 (右記図示)		<input type="checkbox"/> 腰部 ( <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> 臀部 ( <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし )		
	褥瘡の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし		
	臀部の状態		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり		
	頭部保持		<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持があると可 <input type="checkbox"/> 不可 (脱落方向/前後左右)		
	座位		<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 ( <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 背部 ) があると可 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 介助があると可 <input type="checkbox"/> 不可		
	起立位保持		<input type="checkbox"/> 正常に可能 <input type="checkbox"/> (1時間・30分・10分) 以上困難 <input type="checkbox"/> 不能		
	移乗		<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助		
車椅子の操作		<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 辛うじて自力にて可 <input type="checkbox"/> 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}			
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】 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在使用中の補装具がある場合、いつ製作した補装具か、その使用状況について記入 (治療用装具である場合はその旨を記入)</li> <li>・修理、再作製の場合はその理由、破損箇所等について具体的に記入</li> </ul> </div>				
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。 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;">                     補装具使用の目的及び可能となる動作について具体的に記入                 </div>				



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】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け		いずれかに必ずチェックする		
	□オーダーメイド □レディメイド 商品 ( )				
	支持部	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	
		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	
		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		
	使用材料		□木材 □金属 □完成用部品 ( )		
	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		
	連結部	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		□頭頸部パッド □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		□内転防止パッド* □外転防止パッド* □膝パッド* □下腿保持パッド* □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 □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	
		支持部カバー		□アームサポート □テーブル	
		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	<p>【完成用部品の型式等、高機能・高価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。】</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・頭部支持、座位保持を目的とした特別な形状がある場合は具体的に記入</li> <li>・特に高機能・高価な部品等を使用する場合、告示による同等安価な他の部品と比較・検討した結果、機能の違い、選定理由、ADLや使用環境における改善見込み等を具体的に記入</li> <li>・修理や再製作において前回の処方内容から追加、変更がある場合はその理由及び障害状況の変化等がわかるように記入</li> </ul> </div>				
上記のとおり意見します。 年 月 日					
医療機関名	いずれかの該当項目に必ずチェックする				
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。)					
<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医					
<input type="checkbox"/> 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					
<input type="checkbox"/> 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格定医師研修会を修了している医師					
<input type="checkbox"/> 【難病患者等に限り】 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					

## 静岡県補装具費支給の手引き

編 集 静岡県身体障害者更生相談所  
〒426-0075 静岡県藤枝市瀬戸新屋 362-1  
電話 054-646-3751

協 力 静岡県身体障害者更生相談所業務迅速化ワーキンググループ

発 行 令和8年4月（初版）

※本手引きの内容は、今後の制度改正等により改訂を行う場合があります