

障発第0929006号
平成18年9月29日
障発第0331003号
平成20年3月31日
障発第0331029号
平成21年3月31日
障発0331第12号
平成22年3月31日
障発0330第18号
平成24年3月30日
障発0315第4号
最終改正平成25年3月15日

各〔都道府県知事
指定都市市長
中核市市長〕殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部長

補装具費支給事務取扱指針について

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。）が平成25年4月1日から施行され、同法第76条に基づき補装具費の支給が行われることに伴い、別添のとおり市町村及び身体障害者更生相談所（（身体障害者福祉法第9条第7項の規定に基づく身体障害者更生相談所をいう。）（身体障害児にあつては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第1条の2第1項の規定に基づく医療を行う機関（以下「指定自立支援医療機関」という。））等における「補装具費支給事務取扱指針」を定め、事務の円滑・適正な運用に資することとしたので、了知のうえ貴管内市町村、関係機関等へ周知方ご配慮願いたい。

なお、本指針は地方自治法第245条の4の規定に基づく「技術的助言」として位置付けられるものであるのでご留意願いたい。

別添

補装具費支給事務取扱指針

第1 基本的事項

1 補装具費支給の目的について

- (1) 補装具は、身体障害者、身体障害児及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第1条に規定する特殊の疾病に該当する難病患者等（以下「身体障害者・児」という。）の失われた身体機能を補完又は代替する用具であり、身体障害者及び18歳以上の難病患者等（以下「身体障害者」という。）の職業その他日常生活の能率の向上を図ることを目的として、また、身体障害児及び18歳未満の難病患者等（以下「身体障害児」という。）については、将来、社会人として自立自活するための素地を育成・助長すること等を目的として使用されるものであり、市町村は、補装具を必要とする身体障害者・児に対し、補装具費の支給を行うものである。

このため、市町村は、補装具費の支給に当たり、医師、理学療法士、作業療法士、身体障害者福祉司、保健師等の専門職員及び補装具の販売又は修理を行う業者「以下「補装具業者」という。）との連携を図りながら、身体障害者・児の身体の状態、性別、年齢、職業、教育、生活環境等の諸条件を考慮して行うものとする。

なお、その際、身体障害児については、心身の発育過程の特殊性を十分考慮する必要があること。

- (2) 補装具を必要とする身体障害者・児及び現に装着又は装用（以下「装着等」という。）している身体障害者・児の状態を常に的確に把握し、装着等状況の観察、装着等訓練の指導等の計画的な支援を積極的に行うこと。

2 関係各法に基づく補装具給付との適用関係について

障害者総合支援法（平成17年法律第123号）以外の関係各法の規定に基づき補装具の給付等が受けられる者については、当該関係各法に基づく給付等を優先して受けるよう取り扱うものであること。

3 都道府県等の役割について

- (1) 都道府県

各都道府県は、補装具費支給制度の運用に当たり、市町村間の連絡調整、市町村に対する情報提供その他必要な援助を行うとともに、各市町村の区域を超えた広域的な見地から実状の把握に努めること。

また、市町村の支援の適切な実施を確保するため必要があると認めるときは、市町村に対し、必要な助言を行うものとする。

さらに、身体障害者福祉法第9条第7項に定める身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）が、補装具費支給制度の技術的中枢機関としての業務が遂行できるよう、必要な体制の整備に努めること。

（2）更生相談所

更生相談所は、補装具費支給制度における技術的中枢機関及び市町村等の支援機関として、補装具の専門的な直接判定の他に、市町村への技術的支援、補装具費支給意見書を作成する医師に対する指導、補装具業者に対する指導及び指定自立支援医療機関、児童福祉法第19条の規定に基づく療育の指導等を実施する保健所（以下「保健所」という。）、難病医療拠点病院、難病医療協力病院に対する技術的助言等を行うこと。

また、市町村担当職員、補装具費支給意見書を作成する医師及び補装具業者を育成等する観点から、研修等を実施することが望ましいこと。

さらに、新しい製作方法又は新しい素材等、補装具に関する新しい情報の把握に努めるとともに、市町村及び補装具業者と情報の共有を図ること。

なお、身体障害者・児が自費で補装具の購入又は修理を行う場合（本人又は世帯員のうち市町村民税所得割の最多納税者の納税額が46万円以上の場合を含む）についても、適切な補装具の購入又は修理を行うことができるよう、身体障害者福祉法第10条に定める補装具の処方及び適合判定を行うこと。

（3）市町村

市町村は、補装具費支給制度の実施主体として、補装具費の支給申請に対して適切に対応できるよう、補装具の種目、名称、型式及び基本構造等について十分に把握するとともに、申請者が適切な補装具業者を選定するに当たって必要となる情報の提供に努めること。

情報提供する際には、補装具業者の経歴や実績等を勘案し、安定的

かつ継続的に販売又は修理を行うことが可能であるか等について十分に検討の上行う必要があること。

特に、義肢及び装具に係る補装具業者の選定に当たっては、特殊な義足ソケットの採型等については複数の義肢装具士が必要なことから、複数の義肢装具士を配置していることが望ましいこと。

また、補装具業者の選定に当たっては、（公財）テクノエイド協会が提供している情報（ホームページ等）を活用することが考えられること。

さらに、新しい製作方法又は新しい素材等、補装具に関する新しい情報の把握に努めるとともに、更生相談所及び補装具業者と情報の共有を図ること。

なお、身体障害者・児が自費で補装具の購入又は修理を行う場合（本人又は世帯員のうち市町村民税所得割の最多納税者の納税額が46万円以上の場合を含む）についても、適切な補装具の購入又は修理を行うために更生相談所等の意見を聴く必要がある場合には、当該身体障害者・児に更生相談所等を紹介するなどの調整等を行うこと。

第2 具体的事項

1 補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準の運用について

(1) 購入又は修理に要する費用の額及び消費税の取扱い等について

補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示第528号。以下「告示」という。）の別表に定める価格は、別表の主材料、工作法又は基本構造、付属品等によった場合における上限の価格として定められているものであり、支給決定に当たっては、各種目における型式等の機能の相違及び特性等を勘案のうえ、画一的な額の決定を行うことのないよう留意する必要があること。

なお、消費税法施行令第14条の4の規定に基づき厚生労働大臣が指定する身体障害者用物品及びその修理を定める件（平成3年厚生省告示第130号）に基づいて消費税が課税されない物品に係る補装具費の支給については、補装具業者が材料仕入時に負担した消費税相当分を考慮し、別表の価格の100分の103に相当する額をもって、購入又は修理に要する費用の額の上限としているものである。

また、消費税が課税される物品に係る補装具費の支給については、別表の価格の100分の105に相当する額をもって、購入又は修理に要する費用の額の上限としているものである。

(2) 特例補装具費の支給について

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、告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、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（以下「特例補装具」という。）の購入又は修理に要する費用を支給する必要がある場合の取扱いは次のとおりとすること。

ア 特例補装具費の支給の必要性及び当該補装具の購入又は修理に要する費用の額等については、更生相談所又は指定自立支援医療機関若しくは保健所（以下「更生相談所等」という。）の判定又は意見に基づき市町村が決定するものとする。

イ なお、身体障害児に係る特例補装具費の支給に当たっては、市町村は必要に応じ、補装具の構造、機能等に関する技術的助言を更生相談所に求めるものとする。

(3) 国等が設置する補装具製作施設と契約する場合の購入又は修理に要する費用の額について

購入又は修理に要する費用の額を告示本文第3項又は第4項に掲げる額の100分の95に相当する額とするものは、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自ら製作した補装具（完成用部品に係る部分を除く。）についてのみ適用されるものであって、当該施設が民間業者の製作した補装具をあっせん又は取次販売する場合には適用されないこと。

(4) 補装具費の支給対象となる補装具の個数について

補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則として1種目につき1個であるが、身体障害者・児の障害の状況等を勘案し、職業又は教育上等特に必要と認めた場合は、2個とすることができること。

この場合、当該種目について医学的判定を要しないと認める場合を除き、更生相談所等に助言を求めること。

(5) 耐用年数の取扱いについて

耐用年数は、通常の装着等状態において当該補装具が修理不能となるまでの予想年数が示されたものであり、補装具費の支給を受けた者の作業の種類又は障害の状況等によっては、その実耐用年数には相当の長短が予想されるので、再支給の際には実情に沿うよう十分配慮すること。

なお、災害等本人の責任に抛らない事情により亡失・毀損した場合は、新たに必要と認める補装具費を支給することができること。

また、骨格構造義肢については、必要に応じて部品の交換を行うことにより長期間の使用が可能であることから、耐用年数を規定していないところであるが、部品の交換のみによっては、その後の適正な使用が真に困難な場合又は部品の交換によることよりも再支給を行うことの方が真に合理的・効果的であると認められる場合にあっては、再支給を行って差し支えないこと。

(6) 修理基準に規定されていない修理の取扱いについて

修理基準の種目欄、名称欄、型式欄又は修理部位欄に定められていないものに係る修理が必要な場合には、他の類似種目の修理部位等を参考とし、又はそれらの個々について原価計算による見積り若しくは市場価格に基づく適正な額を決定し、修理に要する費用として支給することができること。

(7) 差額自己負担の取扱いについて

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

(8) 介護保険による福祉用具貸与との適用関係について

65歳以上（介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3項第2号に規定する特定疾病により、同条第1項に規定する要介護状態（以下「要介護状態」という。）又は同条第2項に規定する要介護状態となるおそれがある状態（以下「要支援状態」と

いう。)に該当する者については、40歳以上65歳未満)の身体障害者であって要介護状態又は要支援状態に該当するものが、介護保険の福祉用具と共通する補装具を希望する場合には、介護保険による福祉用具の貸与が優先するため、原則として、本制度においては補装具費の支給をしない。

ただし、オーダーメイド等により個別に製作する必要があると判断される者である場合には、更生相談所の判定等に基づき、本制度により補装具費を支給して差し支えないこと。

2 補装具費支給に係る事務処理について

(1) 支給の申請及び判定

① 身体障害者の補装具費支給

ア 申請の受付

市町村は、身体障害者から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規則(平成18年厚生労働省令第19号。)第65条の7に基づき、本事務取扱指針の別添様式例(以下「様式例」という。)第1号の補装具費支給申請書の提出を受け、補装具費の支給に係る申請を受付けた場合には、様式例第2号の調査書を作成すること。

イ 更生相談所による判定

当該申請が、義肢、装具、座位保持装置、補聴器、車椅子(オーダーメイド)、電動車椅子及び重度障害者用意思伝達装置の新規支給に係るものであるときには、更生相談所に対し、補装具費支給の要否について、様式例第3号の判定依頼書による判定依頼をするとともに、様式例第4号の判定通知書を身体障害者に送付すること。

判定依頼を受けた更生相談所は、申請があった身体障害者について、

(ア) 義肢、装具、座位保持装置及び電動車椅子に係る申請の場合は、申請者の来所により、

(イ) 補聴器、車椅子(オーダーメイド)及び重度障害者用意思伝達装置に係る申請で、補装具費支給申請書等により判定できる場合は、当該申請書等により、

医学的判定を行い、身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚

生省令第15号。)別表第1号(別添様式1)の判定書により、判定結果を市町村に送付する。この場合、判定書には様式例第5号の補装具処方箋を添付することができる。

これらの種目については、再支給(軽微なものを除く。)に際しても、障害状況等に変化のある場合、身体障害者本人が処方内容の変更を希望する場合、又は、それまで使用していた補装具から性能等が変更されている場合等は、同様の判定を行うこと。

なお、補装具のうち、別表の「種目」欄に掲げる補装具の対象者は、原則として、同表の「対象者」欄に掲げる者とする。(身体障害児についても同様の取り扱いとする。)

ウ 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。

エ 更生相談所の長は、補装具費の支給判定を行うに当たって、更生相談所に専任の医師又は適切な検査設備の置かれていないときは、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医又は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であつて、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条で定める項目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)に医学的判定を委嘱すること。

オ 市町村による決定

当該申請が、義眼、眼鏡(矯正眼鏡、遮光眼鏡、コンタクトレンズ、弱視眼鏡)、車椅子(レディメイド)、歩行器、盲人安全つえ及び歩行補助つえ(一本つえを除く)に係るものであつて、補装具費支給申請書等により判断できる場合は、更生相談所の判定を要せず、市町村が決定して差し支えないこと。

なお、身体障害者福祉法第15条第4項の規定に基づき交付を受けた身体障害者手帳によって当該申請に係る身体障害者が補装具の購入又は修理を必要とする者であることを確認することができるときは、補装具費支給意見書を省略させることができること。

カ 補装具費支給意見書の作成について

補装具費支給申請書等により更生相談所が判定又は市町村が判断のうえ決定する場合は、具体的には、医師が作成する様式例第6号の補装具費支給意見書により判定することとなる。

なお、補装具費支給意見書を作成する医師は、それぞれ、以下の要件を満たす者とする。

(ア) 補装具費支給意見書により更生相談所が判定する場合のこれを作成する医師は、エ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において実施している補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師であること。

(イ) 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のこれを作成する医師は、エ又はカの(ア)と同等と認められる医師であること。

キ 更生相談所の長は、重度の障害を持つ者又は遠隔地に住む者等の利便を考慮する必要があるときは、エ又はカの(ア)と同等と認められる医師に医学的判定を委嘱することができる。

ク 申請者が、補装具費支給意見書を提出することに代えて、更生相談所において判定を受けることを希望する場合は、更生相談所において判定を行うこと。

② 身体障害児の補装具費支給

市町村は、身体障害児の保護者から、様式例第6号の補装具費支給意見書を添付した様式例第1号の補装具費支給申請書の提出を受け、補装具費の支給に係る申請を受け付けた場合には、様式例第2号の調査書を作成する。

なお、身体障害者福祉法第15条第4項の規定に基づき交付を受けた身体障害者手帳によって当該申請に係る身体障害児が補装具の購入又は修理を必要とする者であることを確認することができるときは、補装具費支給意見書を省略させることができること。

補装具費支給意見書は、原則として指定自立支援医療機関又は保健所の医師の作成したものであること。

また、市町村における支給の決定に際し、補装具の構造、機能等に関することで技術的な助言を必要とする場合には、更生相談所に助言を求めること。

さらに、身体障害児に係る意見書及び補装具処方箋の様式は、①のイの様式に準じること。

③ 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が、補装具費の支給申請を受け付けるにあたり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律施行令に規定する疾患に該当するか否かについては、医師の診断書等の提出により確認するものとする。なお、特定疾患医療受給者証等により疾患名が確認できる場合には、医師の診断書の提出を求めないことができる。

なお、難病患者等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、2（1）①カに示す医師に加え、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を加える。

（2） 支給の決定等

市町村は、（1）により補装具費の支給を決定したときは、申請者に対し、速やかに、様式例第7号の補装具費支給決定通知書及び様式例第8号の補装具費支給券を交付すること。

また、その申請を却下することの決定をしたときは、様式例第9号の却下決定通知書により、理由を附して申請者に交付すること。

なお、補装具費の算定等については、別紙によるものとする。

（3） 契約

補装具費支給決定通知書の交付を受けた身体障害者又は身体障害児の保護者（以下、「補装具費支給対象障害者等」という。）は、補装具業者に補装具費支給券を提示し、契約を結んだ上で、補装具の購入又は修理を行うこと。

（4） 採型、仮合せ

義肢、装具及び座位保持装置の採型及び仮合せは、(1)に準じて専

門医の指導のもとに実施すること。

(5) 適合判定

ア 補装具費の支給に当たっては、以下により適合判定を実施すること。

(ア) 申請者の来所による更生相談所の判定に基づき市町村が決定するもの

更生相談所が適合判定を行い、市町村は適合判定が行われたことを確認する。

(イ) 補装具費支給意見書による更生相談所の判定に基づき市町村が決定するもの

補装具費支給意見書を作成した医師が適合判定を行い、更生相談所は適合判定が適切に行われたことを確認する。最終的に、市町村は医師及び更生相談所による適合判定が行われたことを確認する。

(ウ) 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もの

補装具費支給意見書を作成した医師が適合判定を行い、市町村は適合判定が適切に行われたことを確認する。

(エ) 身体障害者手帳により補装具の購入又は修理を必要とする者であることを確認することができるもの

市町村が確認する。

なお、指定自立支援医療機関又は保健所の医師が作成した補装具費支給意見書により市町村が決定する補装具費の支給に当たっては、指定自立支援医療機関又は保健所の医師は、必要に応じて更生相談所に助言を求めながら、適合判定を行うこと。

イ 適合判定を行う際は、補装具費の支給を受ける者、医師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、補装具業者、補装具担当職員及び身体障害者福祉司等の関係者の立会いのもとに実施すること。

ウ 義肢、装具及び座位保持装置の適合判定は、軸位及び切断端とソケットとの適合状況、又は固定、免荷、矯正等装具装着の目的に対する適合状況、安定した姿勢の保持状況、さらに使用材料、工作法、操作法の確実性について検査し、併せて外観、重量及び耐久力について考慮すること。

エ 義肢、装具及び座位保持装置以外の種目についても、ウに準じて検討し、当該補装具が申請書の使用目的に照らし、適合しているかどうかを判定すること。

オ 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られた場合、処方箋どおりに製作されていないと判断された場合等については、補装具業者に対し不備な箇所の改善を指示し、改善がなされた後に補装具の引渡しを行わせること。

(6) 補装具費の支給手順について

ア 補装具の購入又は修理に要した費用の支払い

補装具業者は、補装具の引渡しの際には、補装具費支給対象障害者等から補装具の購入又は修理に要した費用についての支払いを受け、領収書を発行すること。

イ 補装具費の請求

補装具費支給対象障害者等は、アで交付を受けた領収書及び補装具費支給券を添えて、市町村に請求すること。

ウ 補装具費の支払

市町村は、補装具費支給対象障害者等から、イに掲げる領収書等の提出があった場合は、審査のうえ、支払いを行うこと。

(7) 装着等訓練及び実地観察

ア 市町村は、更生相談所等と連携して、随時、装着等訓練に必要な計画を立て実施すること。

イ 装着等訓練に際しては、補装具の装着等について熟達した者をモデルとして専門医指導のもとに実施指導を行うことが効果的であるので、実施に当たっては留意されたいこと。

ウ 市町村は、補装具費を支給した補装具について常に補装具担当職員、身体障害者福祉司等にその装着等状況を観察させ、装着等訓練を必要とする者を発見した場合は、速やかに適切な訓練を施すよう留意すること。

3 支給決定の時期等について

補装具費支給事務及び給付の迅速化を図るため、補装具費支給決定通知書及び補装具費支給券又は却下決定通知書の発行等については、次のとおり取扱うこと。

市町村は、原則として申請書の提出があった日の翌日から起算して2週間以内に要否を決定するなど、支給事務に係る標準処理期間を定めることとし、その迅速な対応に努めるとともに、速やかに補装具費支給決定通知書及び補装具費支給券又は却下決定通知書を発行し、申請者に交付すること。

4 関係帳簿について

市町村は、補装具費の支給に当たって、様式例第10号による補装具費支給決定簿を備え、必要な事項を記載しておくこと。

5 代理受領について

補装具費の支給手順については、原則として2の(6)の取扱いによることとなるが、補装具費支給対象障害者等の利便を考慮し、市町村は、補装具費支給対象障害者等が補装具業者に支払うべき補装具の購入又は修理に要した費用について、補装具費として補装具費支給対象障害者等に支給すべき額の限度において、補装具費支給対象障害者等に代わり、補装具業者に支払うことができること。

(1) 代理受領の前提条件

代理受領による補装具費の支払を行う場合には、次の取扱いによることが望ましいこと。

ア 補装具費支給対象障害者等が希望する補装具業者と、市町村との間で代理受領について、登録・契約等に基づき合意していること。

なお、補装具業者と登録・契約等により取り決めを行う場合には、次の事項を盛りこむことが望ましいこと。

- ・ 補装具業者は、補装具費支給券に記載されている利用者負担額を受領し、補装具費の請求の際には、利用者負担額を受領したことを証する書類を添付すること。
- ・ 引渡し後、災害等による毀損、本人の過失による破損、生理的又は病理的变化により生じた不適合、目的外使用若しくは取扱不良等のために生じた破損又は不適合を除き、引渡し後9ヵ月以内に生じた破損又は不適合は、補装具業者の責任において改善す

ること。

ただし、修理基準に定める調整若しくは小部品の交換又は1の(6)に基づいた修理のうち軽微なものについて、補装具業者の責任において改善することとするものは、修理した部位について修理後3ヵ月以内に生じた不適合等(上記災害等により免責となる事由を除く。)であること。

イ 補装具費支給対象障害者等が、補装具業者に代理受領の委任をしていること。

(2) 補装具費の支給手順

ア 利用者負担額の支払い

補装具業者は、補装具の引渡しの際には、補装具費支給対象障害者等から利用者負担額についての支払いを受け、領収書を発行するとともに、補装具費支給券の引き渡しを受けること。ただし、利用者負担額が0円と認定された補装具費支給対象障害者等については、領収書の発行を要しないこと。

イ 補装具費の請求

補装具業者は、代理受領に係る補装具費支払請求書に、代理受領に対する委任状及び補装具費支給券を添えて、市町村に提出すること。

ウ 補装具費の支払

市町村は、補装具業者から、イに掲げる請求書等の提出があった場合は、審査の上、支払いを行うこと。

別添様式(略)

別表

○ 補装具の対象者について

| 種 目 | 名 称 | 対 象 者 |
|-----|---------------|---|
| 眼鏡 | 遮光眼鏡 | <p>以下の要件を満たす者。</p> <p>1) 羞明を来していること。</p> <p>2) 羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療がないこと。</p> <p>3) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。</p> <p>※この際、下記項目を参照の上、遮光眼鏡の装用効果を確認すること。 (意思表示できない場合、表情、行動の変化等から総合的に判断すること。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・まぶしさや白んだ感じが軽減する ・文字や物などが見やすくなる ・羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する ・暗転時に遮光眼鏡をはずすと暗順応が早くなる <p>※遮光眼鏡とは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線が公表されているものであること。</p> <p>※難病患者等に限り身体障害者手帳を要件としないものであり、それ以外は視覚障害により身体障害者手帳を取得していることが要件となる。</p> |
| | 弱視眼鏡 (高倍率) | 職業上又は教育上真に必要な者。 |
| 補聴器 | 全般 | <p>高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者</p> <p>※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。</p> |
| | 耳あな型 | <p>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者。</p> <p>特に、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者。</p> |
| | 骨導式 | 伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症 |

| | | |
|--------------|------------------|---|
| <p>車椅子</p> | <p>手動リフト式普通型</p> | <p>等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤーマールドの使用が困難な者。</p> <p>当該車椅子を使用することにより自力乗降が可能となる者等、日常生活又は社会生活において真に必要な者。</p> <p>※ 手動リフト式普通型とは、座席の高さが床面から概ね70cmの安全な範囲で調整可能なものとする。</p> |
| | <p>リクライニング式</p> | <p>次のいずれかに該当する身体障害者・児であること。</p> <p>ア 頸髄損傷者等で座位姿勢の持続により低血圧性発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとることにより発作を防止する必要がある者。</p> <p>イ リウマチ性の障害等により四肢や体幹に著しい運動制限があつて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がある者。</p> |
| | <p>レバー駆動型</p> | <p>歩行困難な者で、かつ、片上肢機能に障害がある者。</p> |
| | <p>ティルト式</p> | <p>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つて、自立姿勢変換が困難な者等。</p> |
| <p>電動車椅子</p> | <p>全般</p> | <p>学齢児以上であつて、次のいずれかに該当する障害者・児であること。</p> <p>なお、電動車椅子の特殊性を特に考慮し、少なくとも小学校高学年以上を対象とすることが望ましいこと。</p> <p>ア 重度の下肢機能障害者であつて、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない者。</p> <p>イ 呼吸器機能障害、心臓機能障害、難病等で歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者であつて、医学的所見から適応が可能な者</p> <p>※「電動車椅子に係る補装具費の支給について」参照</p> |
| | <p>リクライニング式</p> | <p>次のいずれかに該当する身体障害者・児であること。</p> <p>ア 頸髄損傷者で座位姿勢の持続により低血圧性発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとることにより発作を防止する必要がある者。</p> |

| | | |
|---------------------|---|--|
| <p>重度障害者用意思伝達装置</p> | <p>電動リフト式普通型</p> | <p>イ リウマチ性の障害等により四肢や体幹に著しい運動制限があつて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。</p> <p>手動リフト式普通型車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子を使用することにより自力乗降が可能となる者等、日常生活又は社会生活において真に必要な者。</p> |
| | <p>ティルト式</p> | <p>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つて、自立姿勢変換が困難な者等。</p> |
| | <p>全般</p> | <p>重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であつて、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。</p> <p>難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。</p> |
| | <p>文字等走査入力方式 (簡易なもの)</p> | <p>操作が簡易であるため、複雑な操作が苦手な者、若しくはモバイル使用を希望する者。</p> |
| | <p>文字等走査入力方式 (簡易な環境制御機能若しくは高度な環境制御機能が付加されたもの)</p> | <p>独居等日中の常時対応者(家族や介護者等)が不在などで、家電等の機器操作を必要とする者。</p> |
| | <p>文字等走査入力方式 (通信機能が付加されたもの)</p> | <p>通信機能を用いて遠隔地の家族等と連絡を取ることが想定される者。</p> |

| | | |
|--|--------|----------------------------|
| | 生体現象方式 | 筋活動（まばたきや呼気等）による機器操作が困難な者。 |
|--|--------|----------------------------|

（注1） 以上の表は、あくまでも対象者の例を示しているものであり、支給の判断に当たっては、個別の身体状況や生活環境等を十分に考慮すること。

（注2） 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度である状態をもって判断すること。

別紙

補装具費等の算定について

- (1) 基準額の算出（端数処理：小数点以下切り捨て）
次に掲げる(ア)又は(イ)の内、どちらか低い額を基準額とする。
 - (ア) 補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準により算出した額
 - (イ) 現に補装具の購入又は修理に要した費用の額
- (2) 利用者負担額の算出
原則、負担上限月額（政令で定める額）とする。ただし、負担上限月額よりも基準額に $10/100$ を乗じて得た額（1割負担額）の方が低い場合は、1割負担額（端数処理：小数点以下切り捨て）とする。
- (3) 補装具費の算出
 - ① 基準額の $10/100$ 相当額が負担上限月額を超えない場合
補装具費 = 基準額 - 利用者負担額
 - ② 基準額の $10/100$ 相当額が利用者負担上限月額を超える場合
補装具費 = 基準額 - 負担上限月額

※同一月内に複数回の支給を受ける場合

補装具費の算出

- ① 前回の支給の際に利用者負担額が負担上限月額を超えていない場合
 - ア 今回の基準額の $10/100$ 相当額を加算して負担上限月額を超えない場合
補装具費 = (今回の基準額 + 前回までの基準額) - (今回の利用者負担額 + 前回までの利用者負担額)
 - イ 今回の基準額の $10/100$ 相当額を加算して負担上限月額を超えた場合
補装具費 = (今回の基準額 + 前回までの基準額) - 負担上限月額
- ② 前回の支給の際に利用者負担額が利用者負担上限月額を超えている場合
補装具費 = (今回の基準額 + 前回までの基準額) - 負担上限月額

補装具費（購入・修理）支給申請書

| | | | | |
|--|--|-----------|-------|-------|
| | | 申請日 年 月 日 | | |
| (あて先) 市町村長 | | (申請者) | | |
| | | 住所 | | |
| | | 氏名 | | |
| | | 対象者との続柄 | | |
| | | 電話 | | |
| <p>下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。</p> <p>補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。</p> | | | | |
| 対象者 | 住所 | | | |
| | フリガナ 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 電話 |
| 身体障害者手帳 障害名 | 手帳番号 | 第 号 | 交付年月日 | 年 月 日 |
| | 障害種別 | | | 障害等級 |
| | | | | |
| 疾患名 | (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に規定する疾患名を記載のこと) | | | |
| 購入・修理を受ける 補装具名 | | | | |
| 判定予定日 | | | | |
| 希望する 補装具業 者 | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| | 電話 | | FAX | |
| 該当する所得区分 | 1. 生活保護 2. 低所得 3. 一般 4. 一定所得以上 | | | |
| 生活保護への移行予防措置に関する認定 | <input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 | | | |

調 査 書

| | | | | | | | |
|---------------|-------------|---|-------|------------------|---------|----------------|-----|
| 申請年月日 | | 年 月 日 | | 申請者氏名 | | | |
| 対象者 | 住 所 | | | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | | 電話 | | |
| 世帯員の状況 | 氏 名 | | 年 齢 | 対象者 との 続 柄 | 課 税 状 況 | | 備 考 |
| | | | | | 課税区分 | 市 民 税 所 得 割 | |
| | | | | | | | |
| | 非課税世帯 | 氏名 | 所得 | 障害年金 | 手当 | 合計 | |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | | |
| 世帯区分 | | 1. 生活保護 2. 低所得 3. 一般 4. 一定所得以上 | | | | | |
| 基準額 | | 見積額 | | 利用者負担額 | | 公費負担額 | |
| 円 | | 円 | | | | | |
| 月額負担上限額 | | | | | | | |
| | | | | 円 | | 円 | |
| 用 具 名 | 基準額 | 見積額 | 利用者負担 | 公費負担 | | | |
| | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | |
| 上記のとおり確認しました。 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 調査者 | | | | | | | |

判 定 依 頼 書

第 号

年 月 日

身体障害者更生相談所長 殿

市町村長 印

下記の者に対する判定を依頼する。

記

| | | | | |
|--------------------------|---|---------|---|--|
| 氏 名 | | 年 月 日生 | 住 所 | |
| 手帳 | 号 | 年 月 日交付 | 医療保険名 | |
| 長期給付の内容（現在被保険者であればそれも含む） | | | | |
| 家 族 関 係 | | | | |
| 生 育 ・ 職 業 歴 | | | | |
| 障害・疾患等に関する既往歴 | | | 最近5年間の補装具 交付・修理状況 年 月 年 月 年 月 年 月 年 月 | |
| 現在受療中の医療機関名 | | | | |
| 判定依頼事項 | | | 通所、巡回、在宅 | |

判 定 通 知 書

第 号
年 月 日

市 町 村 長 印

殿

先に申請のあった については、専門的判定の必要がありますので
年 月 日に 身体障害者更生相談所において判定を行うこ
とになりました。

なお、当日は本書を持参してください。

記

1. 身体障害者手帳番号

2. 判定依頼事項

別添様式第5号(1)

義手処方箋 (新規・再交付)

| | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------|------------------|-----------|------------|------------|
| 氏名 | 男・女 | 明大昭平 | 年 | 月 | 日生 () 歳 |
| 住所 | TEL | — | 職業 (具体的に) | | |
| 切断部位 (右・左・両) | | | | | 断端長 cm |
| 医学的所見 (異常無・有) | | | | | |
| 処方義手 | 肩 | 上腕 | 肘 | 前腕 | 手 手根中手 指 |
| | 装飾 | 作業 | 能動 (フック | ハンド | 手部交換式) |
| | 電動 () | | その他 () | | |
| ソケット | 差込み式 | 顎上支持式 () | 吸着式 | | |
| | 全面接着式 | オープンエンド (一重ソケット) | その他 () | | |
| 幹部 | 殻構造 (合成樹脂 木 アルミ) | | 骨格構造 () | | |
| | 作業用 (旧型 新型 タンネンベルグ) | | その他 | | |
| 手先具 | 能動フック () | | 能動ハンド () | | |
| | 装飾手掌 作業用 () | | その他 | | |
| 手継手 | 固定 | 固定回旋式 | 交換式 (ネジ | クイックチェンジ | 屈曲 回旋 その他) |
| 肘継手 | 能動ブロック () | | 能動ヒンジ () | | |
| | 単軸 | 倍動 多軸 | たわみ | 手動ロック・ブロック | 手動ロック・ヒンジ |
| | 骨格 | | | | |
| 肩継手 | 遊動 | 屈曲外転 | 隔板 | ユニバーサル | 外転 その他 |
| ハーネス (材質) | 8字 | 胸郭バンド | 肩サドル | 9字 | 上腕カフ |
| | 三頭筋バンド | | その他 | | |
| | 布ベルト | 皮革 | ダクロン | その他 | |
| 特記事項 (指示) _____ _____ _____ | | | | | |
| 処方 | 年 月 日 | | 仮合せ | 年 月 日 | 良・不良 |
| | 年 月 日 | | | 年 月 日 | 良・不良 |
| 採型 | 年 月 日 | | 適合判定 | | 年 月 日 |

別添様式第5号(2)

義足処方箋 (新規・再交付)

| | | | | | | | |
|------------------|-----------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------|----|
| 氏名 | 男・女 | | 明大昭平 | 年 | 月 | 日生 () 歳 | |
| 住所 | TEL | | | — | | 職業 (具体的に) | |
| 切断部位 (右・左・両) | | | | | | 断端長 | cm |
| 医学的所見 (異常無・有) | | | | | | | |
| 処方義足 | 股 | 大腿 | 膝 | 下腿 | サイム | 足根中足 足指 | |
| ソケット | 在来式 カナダ式 その他 | 在来式 差込み式 吸着式 全面接触式 その他 | 在来式 2重ソケット その他 | 在来式 PTB PTS KBM その他 | 在来式 カナダ式 2重ソケット その他 | 足袋式 下腿式 その他 | |
| 内ソケット | (材質) 合成樹脂 | | アルミ | 木 | 皮革 | その他 | |
| 幹部 | 有 (皮革・スポンジ・ピーライト・その他) | | 無 | | | | |
| 股継手 | 殻構造 | 骨格構造 () | | 筋金 | その他 | | |
| 膝継手 | 固定 | 遊動 () | | その他 | | | |
| | 単軸 (前止め 固定) | | 横引き 固定 | ヒンジ 遊動 | ブロック 遊動 | | |
| | 安全膝 () | | 空油圧制御 () | | | | |
| | 多軸 () | | その他 () | | | | |
| 足継手 | 単軸 () | 多軸 | 固定 | SACH | ドリッガー足 | その他 | |
| 懸垂方法 | 肩吊带 | 股吊 | 腰吊 | 骨盤帯 | シレジアバンド | | |
| | 大腿コルセット | | その他 | | | | |
| その他 (オプション) | ターンテーブル | | キャブシャフト | トルクアブソーバー | | | |
| | 膝伸展補助装置 () | | | | | | |
| 特記事項 (指示) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 処方 | 年 月 日 | | 仮合せ | 年 月 日 | 良・不良 | | |
| | 年 月 日 | | | 年 月 日 | 良・不良 | | |
| 採型 | 年 月 日 | | 適合判定 | | 年 月 日 | | |

| | | | |
|------------------|---|---|------------------|
| 氏名 | 男・女 | 明治 大正 昭和 平成 | 年 月 日生 () 歳 |
| 住所 | TEL () - | 業 | 職 (具体的に) |
| 病名 | 医 (処方上重要な点) 学的 的 所 見 | | |
| 処方 左右 方向 | 1 上肢装具 a) 肩装具 b) 肘装具 c) 手背屈装具 d) 長対立装具 e) 短対立装具 f) 把持装具 g) MP 屈曲 (伸展) 装具 h) 指装具 i) B.F.O 2 下肢装具 a) 股装具 b) 長下肢装具 c) 膝装具 d) 短下肢装具 e) ツイスター f) 足底装具 3 体幹装具 a) 頸椎装具 b) 胸椎装具 c) 腰椎装具 d) 仙腸装具 e) 側彎矯正装具 4 靴型装具 a) 長靴 b) 半長靴 c) チャッカ靴 d) 短靴 5 その他 | | |
| 装 具 | 股 手 | 1 形 a)遊動 b)伸展制限付 c)内 外転蝶番 d)継手なし (全固定) ※角度指定時は備考欄に記入 2 ロック a)輪止め b)その他 3 その他 | 足 部 装 具 |
| | 下 膝 手 | 1 軸 a)単軸 b)多軸 c)その他 2 材質 a)金属 b)プラスチック c)その他 3 形 a)遊動 b)継手なし (全固定) c)オフセット d)膝伸展制限付 e)角度調節装置付(ターン・バックル・ ダイヤル・その他) (※可動域又は 屈曲 _____ 度 固定角度 伸展 _____ 度) 4 ロック a)輪止め (両・内・外) b)スイス止め c)その他 d)ロック なし 5 膝おさえ a)ニーパッド b)その他 c)なし 6 矯正パッド (内・外・その他) 7 プレティビアル・シェル 8 反張膝用装具 (形式指示) 9 プラスチック膝装具 (形式指示) 10 軟性膝装具 (形式指示) 11 その他 | |
| | 足 継 手 | 1 材質 a)金属 b)プラスチック c)その他 2 形 a)箱型 b)二枚重ね c)継手 なし (全固定) d)クレンザック (正・ 逆・二重・棒入り) e)バネ又はコイル (両・内・外) f)その他 (※可動域又は 底屈 _____ 度 固定角度 背屈 _____ 度) 3 ストラップ (内・外・前おさえ・其 他) 4 プラスチック短下肢装具 (形式指示) 5 軟性短下肢装具 (形式指示) 6 その他 | |
| 足 部 装 具 | 1 支柱との接続 a)あぶみ b)キャリ パー c)その他 2 靴 a)短靴 b)編上靴 c)その他 3 開き a)外科開き b)外羽根 c)そ の他 4 足板 a)足袋型 b)足底板 (皮革・プ ラスチック) c)その他 5 シューインサート・足底押板 (材質・形 式指示) 6 ヒール a)標準 b)SACH c)トーマス d)ウェッジ e)トルク (内・外) f)その他 7 ソール a)標準 b)中足バー c)ロッカー底 d)その他 (※補高 ヒール 外 _____ cm, 内 _____ cm ソール _____ cm) 8 アーチ支え a)縦のアーチ b)横の アーチ 9 フレアー (ヒール・ソール) (寸法指示) 10 くさび (ヒール・ソール) (寸法指示) 11 長い月形 (内・外) 12 ふまず金 a)標準 b)特別 (指示) 13 その他 | | |
| 支柱・ その他 | 1 支柱 a)材質 (鉄・軽合金・その他) b)両側 c)1側 (内・外) 2 支持部 a)半月 b)モールド・コル セット (皮革・プラスチック・その他) c)その他 3 ツイスタ a)両・右・左 b)ゴム・ケー プル c)内旋用・外旋用 4 その他 (注) 半月の形・位置, コルセットの形状, 止めに用いるバンド, その他の特別な材 料等については図示又は記述 | | |
| 免 荷 装 置 | 1 坐骨支持 (形式指示) 2 PTB 式 3 歩行あぶみ付 4 その他 | | |

| | | | | | | | | |
|------|-----------------------------|---|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 骨盤帯 | 1 骨盤帯 a) 一重 b) 二重 c) その他 | 1 肩関節装具 a) 肩外転装具 b) 肩甲骨保持装具 c) その他 | 2 肘関節装具 a) 保持装具 b) 動的指示装具 c) その他 | 3 手部・指装具 a) 対立装具 (長・短) b) 把持装具 (形式・駆動源指示) c) 手背屈装具 (パネル・その他) d) トーマス形懸垂装具 e) オッペンハイマー形装具 f) MP用装具 (ナックルベンダ・逆ナックルベンダ・その他) g) 指装具 (指用ナックルベンダ・逆ナックルベンダ・時計バネ装具・安全ピン装具・その他) h) 手部 (含手関節) 固定用装具 i) その他 | 4 特殊装具 (BFO・機能的上肢装具・その他) | 5 その他の上肢装具 (詳細記述) | | |
| | 2 バタフライ (両・右・左) | | | | | | | |
| 体幹装具 | 3 その他 | 3 手部・指装具 a) 対立装具 (長・短) b) 把持装具 (形式・駆動源指示) c) 手背屈装具 (パネル・その他) d) トーマス形懸垂装具 e) オッペンハイマー形装具 f) MP用装具 (ナックルベンダ・逆ナックルベンダ・その他) g) 指装具 (指用ナックルベンダ・逆ナックルベンダ・時計バネ装具・安全ピン装具・その他) h) 手部 (含手関節) 固定用装具 i) その他 | 4 特殊装具 (BFO・機能的上肢装具・その他) | 5 その他の上肢装具 (詳細記述) | | | | |
| | 1 基本構造 a) 軟性 b) 準硬性 c) 硬性 | 2 目的部位 (仙腸・腰・胸・頸) | 3 コントロールの方向 (屈曲・伸展・側屈・回旋) | 4 型 a) 軟性コルセット b) ナイト c) テーラー d) ナイト・テーラー e) スタインドラー f) ジュウエット g) ウィリアムス h) モールドジャケット i) その他 | 5 側彎矯正装具 a) ミルウォーキ b) アンダーアーム (形式指示) c) その他 | 6 頸椎装具 a) カラー b) 支柱つき c) モールド d) その他 | | |
| 備考 | 1 装具の略図を描き、必要に応じて説明をつける | 追加・変更事項 (年月日記入) | | | | | | |
| | 2 その他にチェックした時は必ず処方の詳細を記述する | | | | | | | |
| | 3 パーツの寸法・材質・色等、特に指定する時は記述する | | | | | | | |
| 指示事項 | | | | | | | | |
| | 処方 | 年 | 月 | 日 | 仮合せⅡ | 年 | 月 | 日 |
| | 採型 | 年 | 月 | 日 | 仮合せⅢ | 年 | 月 | 日 |
| | 仮合せⅠ | 年 | 月 | 日 | 適合判定 | 年 | 月 | 日 |

車椅子処方箋

| | | | | | | | | | |
|----------------|---|------------------------------|---|--------------|--|---|--|--------------------------------|-----|
| 氏名 | | 生年月日 | 明治・大正 昭和・平成 | 年 月 日 ()歳 | 性別 | 男・女 | | | |
| 住所 | | | | | TEL | | | | |
| 医学的所見 | 疾患名 | 身長 | cm / kg | 職業 (具体的に) | | | | | |
| | 障害名 | 移乗能力 | 自立・半介助・介助 | 主な使用場所 | 屋内 | 屋外 | 屋内外 | | |
| 名称 | 1. 普通型 2. リクライニング式普通型 3. ティルト式普通型 4. リクライニング・ティルト式普通型 5. 前方大車輪型 6. リクライニング式前方大車輪型 7. 手動リフト式普通型 8. 片手駆動型 (右・左) 9. リクライニング式片手駆動型 (右・左) 10. レバー駆動型 11. 手押し型 A・B 12. リクライニング式手押し型 13. ティルト式手押し型 14. リクライニング・ティルト式手押し型 15. その他 () | | | | | | | | |
| フレーム | 材質：鉄・ステンレス・軽合金・その他() 特記事項 () | 駆動輪 | 1. 径：18・20・22・24インチ・その他() 3. タイヤ：空気入り・ノーパンク 2. ホール材質：鉄・ステンレス・軽合金・その他() | | | | | | |
| キャスター | 1. 径：5・6・7・8インチ 2. 形状：ソリッド PU・ソフトフォーミング 屋外用(エアース) | ハンドリム | 1. 材質：鉄・ステンレス・軽合金・樹脂・その他() 4. 滑り止め：ゴム・皮革・ビニールコーティング 2. 標準形状 6. その他 () 3. ノブ付き：4・6・8・10ヶ、水平・垂直・握り | | | | | | |
| バックサポート (背もたれ) | 1. 固定式 2. 延長バックサポート 3. 張り調整式 4. 高さ調整式 5. 背折れ機構 6. 背座間角度調整 7. ヘッドサポートベース(枕含む) 8. 枕(オーダー・レディー) 9. その他 () | アームサポート (肘あサポート) | 1. 固定式 2. デスク型 3. 高さ角度調整式 4. 高さ調整式 5. 角度調整式 6. 跳ね上げ式 7. 脱着式 8. 幅広(左・右・両) 9. 延長(左・右・両) 10. その他 () | レッグサポート | 1. 固定式 2. 脱着式 3. 挙上式 4. 開閉挙上式 5. 開閉・脱着式 6. 伸縮式 7. 他() 1. 両側兼用 2. 片側独立 | フットサポート | 1. 調整なし 2. 前後調整(片・両) 3. 角度調整(片・両) 4. 左右調整(片・両) 5. 開閉・着脱式 6. その他 () | | |
| | | | | | | | 材質 | 1. 軽合金 2. プラスティック 3. ベルト | 踵止め |
| ブレーキ | 1. レバー式 a) 平板 b) 丸棒 2. トグル式 3. その他 () | 1. 固定式 2. 継ぎ手式 3. 片手操作 | 延長 | 右 cm 左 cm | シート | 1. 標準 3. 張り調整 2. ソリッド式(座板) 4. 座奥行き調整 a) 着脱式 b) 折りたたみ式 | | | |
| 付属品 (オプション) | 1. テーブル <input type="checkbox"/> 上肢の筋力低下により一般のテーブルでは食事をとることが難しい者 <input type="checkbox"/> 日常生活や職業上必要とする者 2. シートベルト <input type="checkbox"/> 腰ベルト <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> その他 () 3. クッション <input type="checkbox"/> クッション () cm <input type="checkbox"/> ポリエステル・ウルトン 多層構造・立体編物構造 <input type="checkbox"/> ゲル・ウルトン 多層構造 <input type="checkbox"/> 単一空気量調整 <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造 <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿骨部サポート) <input type="checkbox"/> クッションカバー <input type="checkbox"/> クッション滑り止め <input type="checkbox"/> フローテーションパッド ※ クッション選択に関する特記事項 () 5. キャリパーブレーキ 6. フットブレーキ 7. 泥よけ(右・左) 8. スポークカバー(右・左) 9. 車軸位置調整 10. 大車輪着脱ハブ交換 11. サイドガード 12. 転倒防止装置(先ゴム・キャスター) その他 13. 屋外用キャスター(エアース) 14. ステッキホルダー(1本・2本) 15. 点滴ポール 16. 酸素ボンベ固定装置 17. 人工呼吸器搭載台 18. 携帯用会話補助装置搭載台 19. 栄養パック取り付け用ガードル架 20. 痰吸引器搭載台 | | | | 測定寸法 測定値を () 内に記入 指定寸法 ● 指定値を () 内に記入 ● → 内の計算是参考値 ● ※印は必要な場合のみ記入 ※ ティッピングレバー長 () ※ フットハンバー長 () ※ 車輪とハンメルムの距離 () | | | | |
| | | | | | 特記事項、使用者の希望事項など記述すること | | | | |
| 処方 | 年 月 日 | | 適判定 | 年 月 日 | | | | | |

電動車椅子処方箋

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|---|---|------|--|
| 氏名 | | | | 生年月日 | 明治・大正 昭和・平成 | 年 月 日 () 歳 | 性別 | 男・女 | | |
| 住所 | | | | | | TEL | | | | |
| 医学的所見 | 疾患名 | | | 身長 | cm / kg | | 職業 (具体的に) | | | |
| | 障害名 | | | 移乗力 | 自立・半介助・介助 | | | | | |
| 主な使用場所 | 屋内 屋外 屋内外 | | | 速度 | 1. 4.5 km/h 2. 6.0 km/h 3. その他 () | | | | | |
| 名称 | 1. 普通型 2. リクライニング式 3. 電動リクライニング式 4. 電動リフト式 | | | 5. 簡易型(切り替え式・アシスト式) (車いす部分 : オーダーメイド・レディメイド) 6. 電動ティルト式 7. 電動リクライニング・ティルト式 8. その他 () | | | バッテリー | 1. 内蔵式 通常・シールド 2. 外付け式(取り外し型) マイコン内蔵型ニッケル電池 マイコン内蔵型ニッケル水素電池 | 充電器 | 内臓 外部 |
| | ジョイステイク | 操作源 | 1. 上肢(右左) 2. 下肢(右左) 3. 頭頸部(チンマウス額) 4. 音声 5. その他 () | | | シート | 1. 標準 2. ソリッド式(座板) a) 着脱式 b) 折りたたみ式 3. 張り調整 4. 座奥行き調整 | | | |
| 制御ボックス | 1. 位置 a) 右 b) 左 c) その他(固定式・移動式・調節式) 2. スイッチ a) メーカー標準 b) 指定 () | 3. レバーの形 a) メーカー標準 b) 指定 () 4. レバーの長さ a) メーカー標準 b) 指定 () cm | | | 5. レバーの抵抗 a) メーカー標準 b) 指定 () その他の仕様 | | | | | |
| バックサポート (背もたれ) | 1. 固定式 2. 延長バックサポート 3. 張り調整式 4. 高さ調整式 5. 背折れ機構 6. 背座間角度調整 7. ヘッドサポートベース(枕含む) 8. 枕(オーダー・レディー) | | アームサポート (肘あて) | 1. 固定式 2. デスク型 3. 高さ角度調整式 4. 高さ調整式 5. 跳ね上げ式 6. 着脱式 7. 幅広(左・右・両) 8. 延長(左・右・両) | レッグサポート | 1. 固定式 2. 着脱式 3. 挙上式 4. 開閉挙上式 5. 開閉・着脱式 6. 伸縮式 | フットサポート | 1. 調整なし 2. 前後調整(片・両) 3. 角度調整(片・両) 4. 左右調整(片・両) 5. 開閉・着脱式 | ブレーキ | 1. レバー式 a) 平板 b) 丸棒 2. トグル式 3. その他 () 1. 固定式 2. 継ぎ手式 3. 片手操作 延長(右・左): cm |
| | 材質 | 1. 軽合金 2. プラスチック 3. ベルト | 踵止め 右 左 両 | | | | | | | |
| フレーム | 材質: 鉄・ステンレス・軽合金 その他 () 特記事項 () | 駆動輪 | 1. 径 : 18・20・22・24インチ その他 () 2. 材質: 鉄・ステンレス・軽合金 その他 () 3. タイヤ: 空気入り・ノーパンク | キャスター ※簡易型の場合 | 1. 径 : 5・6 7・8インチ 2. 形状: ソリッド PU・ソフトフォーミング 屋外用(エア式) | ハンドリム | 1. 材質: 鉄・ステンレス・軽合金・その他 () 2. 標準形状 3. ノブ付き : 4・6・8・10インチ、水平・垂直・握り 4. 滑り止め : ゴム・皮革・ビニールコーティング その他 () 5. その他 : () | | | |
| 付属品 (オプション) | 1. テーブル <input type="checkbox"/> 上肢の筋力低下により一般のテーブルでは食事をとることが難しい者 <input type="checkbox"/> 日常生活や職業上必要とする者 | | | | | | | | | |
| | 2. シートベルト <input type="checkbox"/> 腰ベルト <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> その他 () 3. クッション <input type="checkbox"/> クッション () cm <input type="checkbox"/> 単一空気量調整 <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> クッションカバー <input type="checkbox"/> ポリエステル・ウレタン多層構造・立体編物構造 <input type="checkbox"/> ゲル・ウレタン多層構造 <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造 <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿骨部サポート) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め <input type="checkbox"/> フローテーションパッド ※クッション選択に関する特記事項 () | | | | | | | | | |
| 5. キャリアーブレーキ 13. サイドガード 21. 栄養バック取り付け用ガードル架 29. 成長対応型部品 6. フットブレーキ 14. 転倒防止装置(先ゴム・キャスター) 22. 痰吸引器搭載台 その他 7. 電動又は電磁式ブレーキ 15. 屋外用キャスター 23. 幅止め 8. 泥よけ(右・左・両) 16. ステッキホルダー(1本・2本) 24. ガスダンパー 9. スポークカバー(右・左・両) 17. 点滴ポール 25. 前輪パワーステアリング 10. 車軸位置調整 18. 酸素ボンベ固定装置 26. 高さ調節式手押しハンドル 11. クライマーセット(段差乗り越え補助装置) 19. 人工呼吸器搭載台 27. 車載時固定用フック 12. フロントサブホイール(溝・脱輪予防装置) 20. 携帯用会話補助装置搭載台 28. 日よけ(雨よけ) | | | | | | | | | | |
| 特記事項、使用者の希望事項など記述すること | | | | | | | | | | |
| 処方 | 年 月 日 | | | 適判定 | 年 月 日 | | | | | |

補 装 具 費 支 給 意 見 書

| | |
|--|--------------|
| 氏名 | 年 月 日 生 (歳) |
| 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（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない） | |
| 障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。） | |
| 必 要 と 認 め る 補 装 具 | 補装具の種目、名称 |
| | 処 方 |
| | 使用効果見込み |
| 上記のとおり意見する <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div> | |

補装具費支給決定通知書

| | | | | | |
|-------------------------------|-------------|-------|----|--------|--|
| 年 月 日 | | | | | |
| (申請者) 様 | | | | | |
| 市町村長 | | | | | |
| 標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。 | | | | | |
| 対象者 | 住 所 | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 電話 | |
| 支給番号 | | 支給決定日 | | 年 月 日 | |
| 決定内容 | | | | | |
| 補装具業者 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| | 電話 | | | | |
| 基準額 | | 見積額 | | 利用者負担額 | |
| 円 | | 円 | | 円 | |
| 月額負担上限額 | | 円 | | | |
| 円 | | 円 | | | |
| 教示事項 | | | | | |

補 装 具 費 支 給 券

| | | | | | | | |
|---|-----------|----------|---------|------------------|-------|----------------|--|
| 支 給 番 号 | | | | 支 給 決 定 日 | 年 月 日 | | |
| 氏 名 | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 住 所 | | | | | | | |
| 保 護 者 氏 名 | | | | 続 柄 | | | |
| 補 装 具 の 名 称 | | | 修 理 部 位 | | | | |
| 処 方 | | | | | | | |
| 補 装 具 業 者 | 名 称 | | | | | | |
| | 所 在 地 | | | | | | |
| | 電 話 | | | | | | |
| 基 準 額 | | 見 積 額 | | 利 用 者 負 担 額 | | 公 費 負 担 額 | |
| 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 月 額 負 担 上 限 額 | | | | | | | |
| 円 | | | | | | | |
| 上記のとおり決定する。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">市町村長</div> | | | | | | | |
| 判 定 検 査 | 判 定 年 月 日 | 平成 年 月 日 | | 判 定 員 名 職 氏 名 | ⓐ | | |
| 受 領 | 受 領 年 月 日 | 平成 年 月 日 | | 受 領 者 名 氏 名 | ⓑ | 本 人 と の 関 係 | |

却下決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
〇市（町・村）

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

年 月 日に申請された補装具費の支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇市町村長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇市町村長を被告として（訴訟において市町村を代表する者は市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます。（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

判定書（自立支援医療（更生医療）・補装具）

第 号
年 月 日

殿

身体障害者更生相談所長 印

平成 年 月 日付けの依頼については、下記のとおり判定する。

記

| | | | | | | | |
|---------|----------|-------------|--------|----------|----------------------|-----------|--|
| 氏 名 | | | | 男女 | 明治 大正 昭和 平成 | 年 月 日生（歳） | |
| 居 住 地 | 県 | 区 市 郡 | 町 村 | 丁目 番 号 方 | | | |
| 判定年月日 | 平成 年 月 日 | | | | | | |
| 障 害 名 | | | | | 程 度 | 級 | |
| 総 合 判 定 | | | | | | | |

| | | |
|------------------|--------------|----------|
| 医学的判定 | 障害状況 | |
| | 意見 | |
| 自立支援医療 (更生医療) | 1 具体的内容 | |
| | 2 治療効果見込み | |
| | 3 術後の等級 (級) | |
| | 4 医療費概算額 | 円 |
| 補装具 | 1 名称又は修理項目 | 4 処方(図示) |
| | 2 使用効果見込 | |
| | 3 概算額 | |