

## 支給種目

義肢等補装具として購入費用が支給される種目は、以下のとおりです。

○印は、支給のために必要な実施項目です。支給基準は、それぞれのページを参照してください。

| 支 給 種 目                        | 症 状 照 会                  | 装着訓練等 | 採型指導 | 耐用年数<br>※1 | ページ |
|--------------------------------|--------------------------|-------|------|------------|-----|
| 1 義 肢                          |                          | ○※2   | ○    | 0.5～5※3    | 2   |
| 1-2 筋電電動義手                     |                          | ○※4   | ○    | 3          | 2   |
| 2 上肢装具・下肢装具・<br>靴型装具           |                          |       | ○    | 1.5～3      | 4   |
| 3 体幹装具                         |                          |       | ○    | 1～3        | 4   |
| 4 姿勢保持装置                       |                          |       | ○    | 3          | 4   |
| 5 視覚障害者安全つえ                    |                          |       |      | 2～5        | 5   |
| 6 義 眼                          |                          |       |      | 2          | 5   |
| 7 眼 鏡<br>(コンタクトレンズを含む)         | ○<br>コンタクトレンズのみ          |       |      | 2又は4       | 5   |
| 8 点字器                          |                          |       |      | 5又は7       | 6   |
| 9 補聴器                          |                          |       |      | 5          | 6   |
| 10 人工喉頭                        |                          |       |      | 4又は5       | 6   |
| 11 車椅子                         |                          |       | ○    | 6          | 7   |
| 12 電動車椅子                       |                          |       | ○    | 6          | 7   |
| 13 歩行器                         |                          |       |      | 5          | 8   |
| 14 収尿器                         |                          |       |      | 1          | 8   |
| 15 ストマ用装具                      | ○<br>新規のみ                |       |      |            | 9   |
| 16 歩行補助つえ                      |                          |       |      | 2～4        | 9   |
| 17 かつら                         |                          |       |      |            | 10  |
| 18 浣腸器付排便剤                     | ○<br>新規または<br>銘柄・用量変更の場合 |       |      |            | 10  |
| 19 床ずれ防止用敷ふとん                  |                          |       |      |            | 10  |
| 20 介助用リフター<br>(移動式に限る。電動式を含む)  |                          |       |      | 5          | 11  |
| 21 フローテーションパッド<br>(車椅子・電動車椅子用) |                          |       |      | 3又は4       | 11  |
| 22 ギャッチベッド                     |                          |       |      |            | 12  |
| 23 重度障害者用意思伝達装置                | ○<br>新規のみ                |       |      | 5          | 12  |

※1 耐用年数経過後に再支給を受けられます（耐用年数がない種目であっても破損等により、修理ができないもしくは使用できないような場合、再支給を受けられることがあります。）。

※2 能動義手の装着訓練を希望する場合は15ページの3をご覧ください。

※3 骨格構造義肢には耐用年数はなく、原則、修理による対応となります。

※4 筋電電動義手の装着訓練、片側上肢切断者の筋電電動義手の試用装着期間の指導等については、15ページの4をご覧ください。