

補装具費支給ガイド

第7版



CITY OF SHIZUOKA

静岡市



《 目 次 》

1. 補装具費支給制度の概要	P1
2. 補装具とは	P1
3. 補装具費支給制度の対象者について	P1
4. 補装具の種目について	P1
5. 耐用年数について	P1
6. 補装具の個数について	P2
7. 補装具費の支給対象とならない場合について	P2
8. 補装具費支給の流れについて	P2
9. 申請する上での注意事項	P3
10. 申請に必要なもの	P3
11. 費用	P4
12. 補装具費支給における補装具の画像確認について	P4
13. 補装具の借受け制度について	P4
14. 補装具費支給の審査について	P5
15. 地域リハビリテーション推進センターでの医学的専門相談について	P5
16. 主な補装具の紹介と申請時の注意点	P6～15
(1) 義肢 P6、(2) 装具 P7～8、(3) 座位保持装置 P9、(4) 座位保持椅子車載用含む P9～10、	
(5) 車椅子 P10～11、(6) 電動車椅子 P11～12、(7) 歩行器 P13、(8) 補聴器 P13～14、	
(9) 眼鏡 P14、(10) 重度障害者用意思伝達装置 P15	
17. 補装具共通の注意事項(重要)	P16～21
18. 意見書の一部記載例	P22～28
19. 補装具完成時の画像添付用紙 記載例	P29～31
20. お問い合わせ先一覧	P32

《1. 補装具費支給制度の概要》

補装具費支給制度とは、障害者総合支援法に基づき、申請者に必要と認められる場合、補装具の購入、借受け又は修理の費用を給付する制度です。

《2. 補装具とは》

- (1) 身体の欠損又は損なわれた身体機能を補完、代替し、障がい個別に対応して製作されるものです。
- (2) 障がい者の身体に装着(装用)して日常生活又は就労・就学に用いるもので、長期間同一製品を継続して使用するものです。
- (3) 医師による専門的な知見(医師の判定書又は意見書)に基づき製作されるものです。

《3. 補装具費支給制度の対象者について》

- (1) 身体障害者手帳の交付を受けた者で補装具費の支給が必要であると認められるもの。
- (2) 身体障害者手帳で認定された部位、程度(等級)に対しその必要性に応じ支給される。
- (3) 難病等の対象となっており、一定の障がいの状態にあり、補装具費の支給が必要であると認められるもの。

《4. 補装具の種目について》

障がいの種類	種 目
肢体不自由	義肢(義手、義足 等)、装具(上肢・下肢・体幹・靴型 等)、座位保持装置、車椅子、電動車椅子、歩行者、歩行補助杖(カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、多点杖、松葉杖) ※18歳未満の児童のみ 座位保持椅子、起立保持具、頭部保持具、排便補助具
重度の肢体不自由 かつ音声・言語障害	重度障害者用意思伝達装置
視覚障害	視覚障害者用安全杖、義眼、眼鏡(矯正眼鏡、遮光眼鏡、コンタクトレンズ、弱視眼鏡)
聴覚障害	補聴器(高度難聴用・重度難聴用、ポケット型・耳かけ型・耳あな型、骨導式、他)、人工内耳用音声信号処理装置の修理

《5. 耐用年数について》

- (1) 国の基準に定められた耐用年数は目安であり、個々の補装具の使用状況により異なります。耐用年数を超えていても、修理が可能な場合は原則として修理での対応となります。
- (2) 次のような場合は、再支給されることもあります。
 - ・修理しても安全性に問題があり適正な使用が困難な場合(身体に合わなくなった等)
 - ・修理の方が大がかりであり、修理額が再支給額を上回ってしまう場合 等

◎補装具の耐用年数(国の基準より)

種 目	耐用年数	種 目	耐用年数	種 目	耐用年数
義手(殻・骨格)	1~5年※1	上肢装具	2~3年※1	義眼	2年
義足(殻・骨格)	0.5~5年※1	車椅子・電動車椅子	6年	眼鏡	4年
下肢装具	1.5~3年※1	歩行者	5年	座位保持装置	3年
靴型装具	1.5年	歩行補助杖	2~4年※1	重度障害者用 意思伝達装置	5年
体幹装具	1~3年※1	視覚障害者用安全杖	2~5年※1	補聴器	5年

※1:各種目中の種類や内容により耐用年数が異なりますので、申請時にご確認ください。

※2:再交付申請等で耐用年数内や外であっても、現物確認や実地調査の可能性があるので、支給決定されるまでは現物を破棄しないでください。

《6. 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は、原則として1種目につき1個です。

教育上や職業上で、真に必要性があると認められた場合に、2個の支給が可能な場合もあります。

《7. 補装具費の支給対象とならない場合について》

(1) 補装具費支給は、他法優先を原則としており、医療保険や介護保険等、他の制度で給付が可能な場合は、そちらが優先となります。

(例) 介護保険認定者、医療保険で製作した装具や義足を障害制度の補装具で修理する場合

(2) 治療のために一時的に使われる「治療用装具」は、医療保険による給付が受けられるため、支給対象にはなりません。

(3) 本人及びその配偶者(本人が18歳未満の障がい児の場合は世帯全員)のどなたかお一人でも、市民税所得割額が46万円以上の場合は助成の対象となりません。

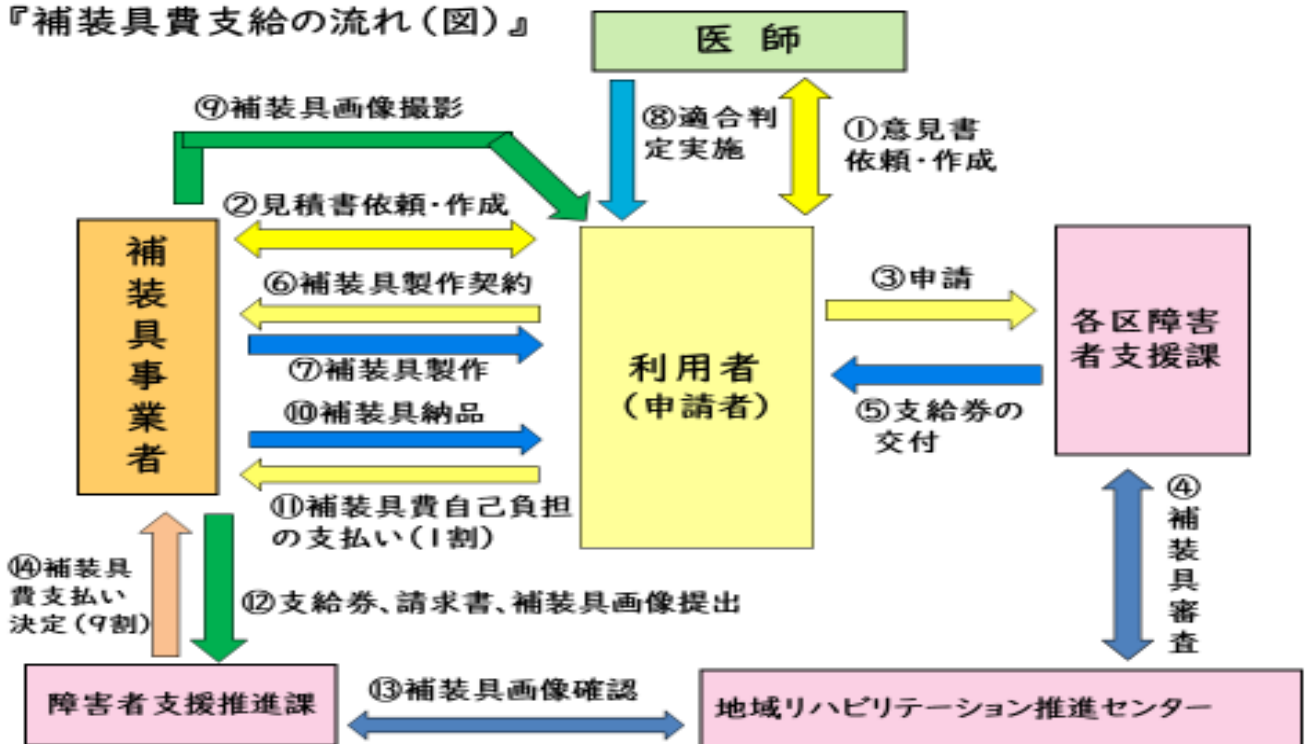
(4) 原則、申請前に購入・修理した場合は支給対象になりません。

(5) 障害認定がない箇所への補装具申請はできません。

(例) 右下肢機能障害の認定であるが、左下肢の足底装具の申請は不可

《 8. 補装具費支給の流れについて 》

『補装具費支給の流れ(図)』



◎申請手続きの流れ 事前に、各区障害者支援課にご相談ください。

(1) ご相談の際に必要なもの

① 身体障害者手帳の交付を受けた方は、身体障害者手帳をお持ちください。

② 難病等の方は、特定疾患医療受給者証等の難病の名称が分かるものをお持ちください。

(身体障害者手帳の交付を受けていない方)

(2) 申請から決定について

① 医師へ意見書作成の依頼をします。

② 医師の処方に基づき業者へ見積書の作成を依頼します。

- ③医師の意見書、業者の見積書等を各区障害者支援課に提出します。
- ④申請後、地域リハビリテーション推進センターで審査を実施します。
(申請内容により実地調査に伺う場合があります)
- ⑤審査後に支給が認められると、各区障害者支援課から補装具費支給決定通知書と補装具費支給券が郵送されます。(概ね2カ月程度:申請内容により期間は前後します)
- ⑥、⑦補装具費支給券を補装具事業者に提示し、補装具の製作や修理を行います。
- ⑧補装具の完成時に補装具意見書を作成した医療機関等で適合判定を受けてください。
(支給券の判定医の欄に判定医師の署名が必要です。)
- ⑨補装具業者はその際に写真を撮影してください。
- ⑩、⑪補装具事業者から補装具を受け取り、代金をお支払いください。(代理受領の場合は、自己負担のみ補装具事業者に支払います。)
- ⑫代理受領の場合、公費負担分は補装具事業者が障害者支援推進課に請求をします。
- ⑬障害者支援推進課及び地域リハビリテーション推進センターで画像の確認を行います。
- ⑭画像確認後補装具業者に公費負担分を支払います。

※補装具費の代理受領制度

利用者が補装具業者へ自己負担額のみを支払い、残りの費用は利用者に代わり補装具事業者が市に請求・受領する制度です。この制度が利用できる業者については申請時にご確認ください。

《9. 申請する上での注意事項》

- (1) 補装具の製作、借受け又は修理を行う前に必ず申請してください。
- (2) 「意見書」が必要な場合は、指定医師に意見書の作成を依頼してください。
- (3) 「見積書」は補装具事業者に作成を依頼してください。
指定医師や補装具登録業者については、各区障害者支援課や障害者支援推進課へ問合せください。
- (4) 修理・再交付の申請の場合は、現在使用している補装具の画像(写真)を添付してください。
※修理や再交付が必要な状況(身体に合わない状況や破損・劣化状況)が分かるように撮影をお願いします。
※新規の場合、普段の姿勢の様子や現在使用している用具(治療用装具等)、デモの様子(写真や動画)がある場合はご提出ください。

《10. 申請に必要なもの》

補装具の種類、支給状況により意見書が必要となります。事前に各区障害者支援課までお問い合わせください。

- (1) 身体障害者手帳
- (2) 申請書
- (3) 調査書:家族の状況を記入していただく書類です。
- (4) 意見書:指定医師が作成したもの。(必要な場合に提出)
- (5) 見積書:補装具事業者が申請者宛てに作成したもの。
- (6) 補装具画像:修理・再交付の申請時に必要です。使用中の補装具全体と故障箇所がわかる画像(写等)
- (7) 収入状況等調査についての同意書
- (8) 申請する年(1月から6月までに申請する場合は申請する年の前年)の1月1日時点で、静岡市に住所がない世帯員がいる場合は、その世帯員の1月1日時点の住所地の発行する市町村民税課税証明書または、マイナンバー(個人番号)の分かる書類。

※難病等の方については、別途書類が必要となりますので、各区障害者支援課までお問い合わせください。

《11. 費用》

原則 | 割負担(所得に応じた負担上限月額あり)

◎上限額は次のとおりです。

	区 分	1 か月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護を受けている世帯	0 円
低所得	市民税非課税世帯	0 円
一般	上記以外	37,200 円

(注) 補装具の利用者が 18 歳以上の場合の「世帯」は「本人とその配偶者」のみです。

《12. 補装具費支給における補装具の画像確認について》

- (1) 平成 27 年 4 月から補装具費支給の適正化を目的に、補装具完成時や修理・再交付の申請を審査する時に画像確認を実施しております。
- (2) 補装具の修理・再交付申請時や完成後に、障害者支援推進課や各区障害者支援課への画像資料提出にご協力ください。この他にも必要と判断した場合は画像資料を提出していただきます。
- (3) 画像資料の提出にあたっては、必ず静岡市の様式(画像添付用紙)で提出してください。※用紙は静岡市(障害者支援推進課)ホームページからダウンロードできます。
- (4) 画像資料については、前・後・左・右方向、装着時、各部品や付属品の詳細、内部構造が確認できる画像資料を提出してください。
- (5) 画像内容等で確認が必要な場合は地域リハビリテーション推進センターから問合せがあります。
- (6) 画像資料に不備・不具合・不明瞭な箇所を確認した場合、補装具の修正等の対応をお願いする場合があります。

《13. 補装具の借受け制度について(貸与)》

平成 30 年 4 月から、補装具を申請される方へ効果的・効率的な支給を行う事を目的に、補装具の借受け制度が施行されました。(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) 静岡市では補装具の借受け(貸与)について、適宜対応していきます。

【 借受け(貸与)対象となる場合 】

補装具は、身体障がい者・児の身体状況に応じて、個別に身体へ適合するよう製作されたものが基本なため、購入することが原則です。このため、「補装具の借受け(貸与)」では、障害者総合支援法及び障害者総合支援法施行規則で「借受けによることが適当である場合」として、下記の①～③に限っています。

- (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
(種目・品目) 座位保持装置の構造フレーム、歩行器、座位保持椅子
- (2) 障がいの進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合
(種目・品目) 重度障害者用意思伝達装置(本体のみ)
- (2) 補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較が必要であると求められる場合
(種目・品目) 義肢・装具、座位保持装置の完成用部品

《14. 補装具費支給の審査について》

審査を要する補装具については、地域リハビリテーション推進センター（更生相談所）で支給に関する審査を実施しています。

◎審査の対象となる補装具については、以下のとおりです。

審査が必要なもの	審査が不要のもの
義肢、装具、車椅子、電動車椅子、歩行器、座位保持装置、重度障害者用意思伝達装置、補聴器	視覚障害者用安全杖、眼鏡（矯正・遮光・弱視・コンタクトレンズ）、義眼

※審査が不要なものでも、内容等から判断して審査を実施する場合があります。

《15. 地域リハビリテーション推進センターでの医学的専門相談について》

- (1) 内容：身体障がいや補装具（車椅子、座位保持装置、装具等）のことで、医学的専門相談を実施しています。
- (2) 対象：静岡市在住で身体障害者手帳をお持ちの方。
- (3) 実施日：第3火曜日 14時～15時30分 予約制
- (4) 意見書作成：補装具製作を希望の場合、意見書作成を行います。この場合、通常3～5回程度受診していただく必要があります。骨格構造義肢は除きます。
- (5) 相談例として、何年も医療機関に受診しておらず、最寄りの医療機関が見つからず主治医もいない等、医療機関にかかれない方等があります。
- (6) 医療機関で意見書が作成可能な場合は、お近くの医療機関を受診してください。

《16. 主な補装具の紹介と申請時の注意点》

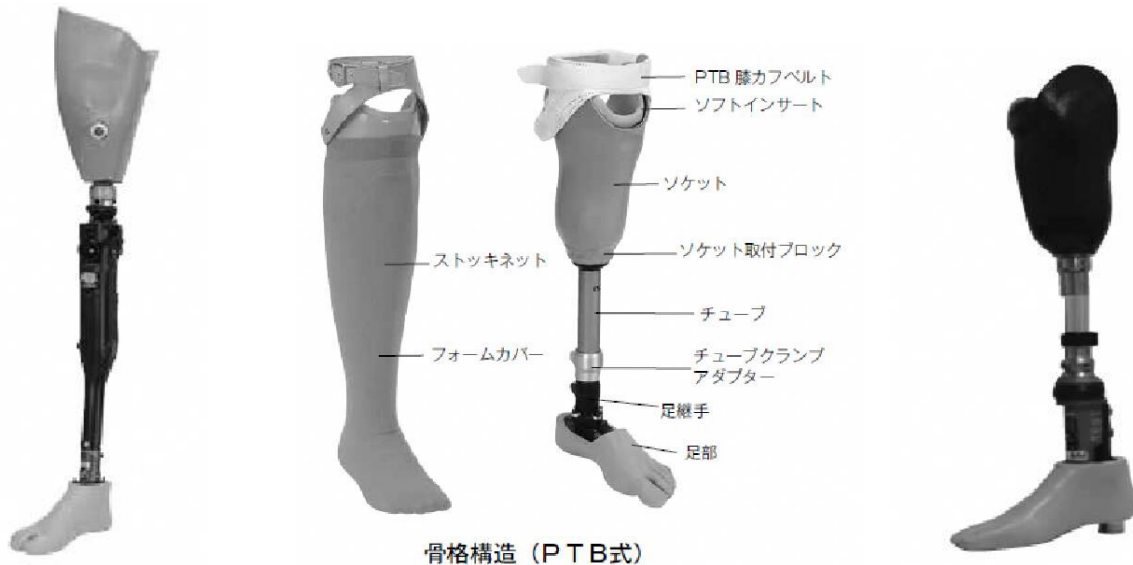
(1)【 義肢 】

義肢とは、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。構造等で大きく二つに分けられます。

《障がい要件》 上肢機能障害、下肢機能障害（切断による）

①骨格構造義肢

人間の手足の構造と同様に、義肢の中心にあるパイプ（支柱）などで体重を支え、ウレタン等の外装部品を被せ、外観を整える構造の義肢。破損や劣化した部品を交換しながら長期間使用する事が可能。



②殻構造義肢

義肢の外殻（樹脂・プラスチック等）の硬い殻構造で体重を支え、殻の外装が手足の外観も整える構造の義肢。



(2)【 装 具 】

装具とは、四肢・体幹の機能障がいへの軽減を目的に使用する補助器具です。治療用と更生用（常用）に分けられ、使用する部位により、上肢、下肢、体幹、靴型装具に分類されます。

《障がい要件》 上肢機能障害、下肢機能障害、体幹機能障害

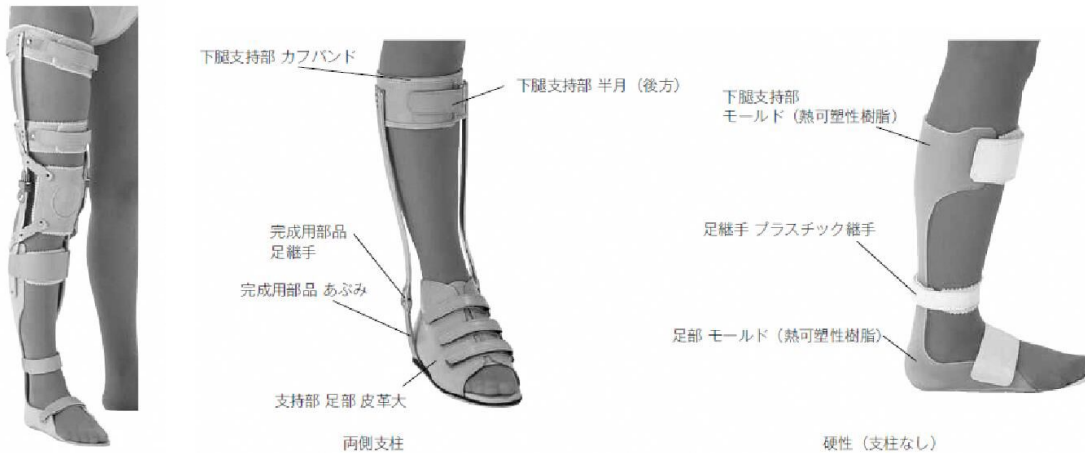
①上肢装具

上肢機能の低下により、代用や補助、固定、支持等の矯正等を目的として、上肢に装着し用います。



②下肢装具

下肢機能の低下により、立位の保持や関節の拘縮や変形の予防や矯正、不随意運動の抑制、体重支持及び免荷を目的として下肢に装着し用います。



★注意事項★

下肢機能障害に該当する足に障がいがある場合で、切断の場合は不可となります。

③体幹装具

障がい部位の固定や支持、体幹の変形の防止、矯正を目的として体幹に装着し用います。



④靴型装具

靴型で足部を覆う装具で、内反、外反、病的な変形の矯正や疼痛等の軽減を目的として用います。

★注意事項★

- ・リハビリシューズ等の既成靴は対象外です。
- ・両側支給(左・右)の場合、健側は「採寸料」での加算となります。



⑤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のために用います。

★注意事項★

靴型装具の中に入れる場合は、足底装具として支給は出来ません。



《共通事項(義肢・装具)》

- ①予防、治療、訓練目的の場合は、医療保険の治療用装具となるため、主治医に確認してください。
- ②破損時の予備、屋内用・屋外用として同型式を2個交付することはできません。
(不可の例)屋外用:短下肢装具両側支柱型靴型装具付、屋内用:短下肢装具硬性支柱無し
- ③製作工程の中で、素材の厚さや形状などから、誰が作成しても必然的に発生してしまう高低差の是に対しては、制作要素の中に含まれており、「補高」など別に加算する事はできません。
- ④特に、下肢装具の継手の選定・修理・交換については、主治医と十分に相談の上、数種類の製品を比較話し、選定理由を明確にしてください。
- ⑤高機能・高額な部品や継手を使用する際は、同等・安価等の観点から、他製品との比較検討を行うためデモの様子画像の提出をお願いします。補装具事業者側でも選定理由を明確に記載して下さい。
- ⑥再交付申請の際は、主治医や補装具事業者と相談し、事前に十分な試用や他製品との比較、フィッティングを行ってください。
- ⑦足部や継手等の主要部品、試用やフィッティング時の使用状況については、審査資料として「動画や画像」を提出してください。
- ⑧画像資料については、必ず付属品の内容と「内部構造が確認できる画像」を提出してください。
- ⑨補装具の支給対象は、必ず障がい名が付いていることが前提で、障がい名の無い側(健側)への交付はできません。
- ⑩足底装具の健側(障がい名の無い側)への支給は不可です。
- ⑪靴型装具は患側靴と健側靴は必ずセットでの交付となります。
- ⑫靴型装具の健側靴だけ単独での交付や加算のみの支給は不可です。

(3)【 座位保持装置 】

四肢・体幹機能障害のため、自力では座位保持ができない方が使用します。構造として、身体支持部、構造フレーム、完成用部品を組合せ製作します。支持部（支える面）は、平面形状型、モールド型、シート張り調整型等体幹の支持性や変形の程度、障がい状況により選定します。

《障がい要件》 四肢（下肢）あるいは体幹機能障害



平面形状型



モールド型（車椅子の構造フレーム）



モールド型

★注意事項★

- ①通常の椅子での座位が困難な場合に使用する、姿勢保持を行うための補装具です。
- ②構造フレームに「屋外大車輪、（車椅子機能付き）」を使用する場合は、車椅子も1台交付することになります。既に車椅子の交付を受けており2台目となる場合は、職業上又は教育上真に必要なかどうか審査します。
- ③特に、支持部の形状や構造フレームの選定については、主治医と十分に相談の上、数種類の製品を比較検討し、同等性能であれば、より安価なものを選定してください。また、選定理由を意見書等に明確に記載してください。
- ④特に、児童において、学校や家庭等で使用する場合、使用環境や兼用使用が可能な状況であるか等を確認させて頂くことがありますのでご了承ください。
- ⑤18歳未満の児童の場合は、「座位保持椅子車載用」としては算定できません。
- ⑥座位保持装置付属品単体では「採寸・採型」の基本価格は算定できません。
- ⑦携帯用会話補助装置搭載台については、日常生活用具で該当機器の支給がない場合は対象になりません。
- ⑧昇降式フレームについては、使用する高さごとに、使い分ける理由（使用環境、高さの明記、使用場面活動内容、その他）が必要です。
- ⑨選定時のデモの様子について動画や画像の提出にご協力ください。

(4)【 座位保持椅子（車載用を含む）】（18歳未満の児童のみ対象）

《障がい要件》 四肢（下肢）あるいは体幹機能障害

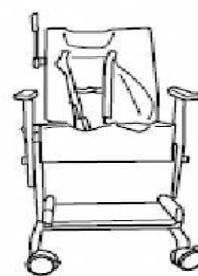
座位保持椅子を車載用として使用する場合に使用します。

長時間の座位保持を目的とする座位保持装置とは異なり、

通院や通学など車で移動する際に必要・最低限な機能が対象となります。

★注意事項★

- ①車載用座位保持椅子（カーシート）については、18歳未満の児童のみ対象
- ②積算価格（国の基準より：車載用として）
基本価格（24,300円）+車載加算（40,700円）+頭部保持加算（7,100円）=合計 72,100円
- ③座面の軟性内張り加算については、主材料を木材で製作したものに對した加算。スポンジやウレタン等を主材料とした既製品（キャロット、カーシート、その他）は対象外。
- ④児童については、通常「座位保持装置」の基本価格からは算定できません。
- ⑤18歳以上の障がい者については「座位保持装置」として取り扱います。
- ⑥実際の使用場所と使用方法について確認させていただくことがありますのご協力ください。
- ⑦基本価格の中には、背面や座面など支持面の成形加工、シートベルトやパッド、車座席へ適合させるための座位保持椅子底面の成形加工についても含まれます。



座位保持椅子

- ⑧座位保持椅子車載用については、2個交付は認められません。
- ⑨選定時のデモの様子について動画や画像の提出にご協力ください。

(5)【 車椅子 】

《障がい要件》

- ①下肢機能障害あるいは体幹機能障害が原則3級以上で歩行不能又は著しく困難な者
- ②平衡機能障害のため、車椅子によらなければ歩行機能を代替できない者
- ③内部障害(呼吸器機能障害・心臓機能障害に限る)のため、車椅子によらなければ移動が困難と認められる者のうち専門医(内部・肢体両方)の意見書(別々でも連名でも良い)が提出された者

《種類》

①既製品(レディメイド)

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ものです。

②オーダーメイド

既成品では対応できず、障がい状況や体型、生活環境等により個人の身体状況に合わせ、個別に製作するものです。

③普通型

主に上肢や下肢で駆動できる方が使用します。



④片手駆動型

操作用ハンドリムが片側で二重(左・右の車輪用)に装着しており、直進・後退、右・左折の操作が片手で操作可能なタイプです。



片手駆動型

⑤リクライニング式

背もたれ(バックサポート)の角度を変える事ができ、主に起立性低血圧の防止および長時間の座位保持が困難な方が使用します。



⑥ティルト式

座面とバックサポート角度を維持した状態で、後方へ角度を倒せる調整ができます。身体状況から通常の座位が困難で、姿勢が崩れ易く、姿勢変換も困難な方が使用します。



リクライニング・ティルト式手押し型

⑦バギー型車椅子(主に児童や一部の成人)

★注意事項★

- ①学校用、家用と2台申請の場合、使用環境や搬送状況、1個で兼用使用できないのか、理由や使用場所、使用方法等を詳細に意見書にご記載ください。

- ② バギーには、リクライニング機能や、張り調整バックサポート、パッド等が標準装備されておりますが、本人の障がい状況では必要性が認められない場合は加算ができません。
 (例)「座位は自力でとれる」、「移乗は自立」、「一部歩行可能(体幹機能が良い)」の方が、バギー特有の、延長バックサポートや張り調整、リクライニング機能、パッド等を含める場合は不可。
- ③ 標準装備された付属品がすべて支給対象になるわけではありません。
- ④ 「軽いから」「折りたたみ易い」等の単純な理由では支給対象となりません。
- ⑤ 体の機能や障がい状況の理由で必要性があるもののみ支給対象となります。

《共通事項(車椅子)》

- ① 介護保険対象者の場合は原則給付不可。
 介護保険貸与品が身体状況により使用困難な場合等で、オーダーメイドで作成する必要がある場合は、調査のうえ交付を判断します。
- ② 入院中は原則として交付は不可。退院の予定が決定し、社会復帰のため車椅子に適応が必要な場合は要検討
- ③ 介護保険該当施設入所者への交付は不可です(施設側で用意)。身体状況により施設の車椅子が体に合わない等の理由で、オーダーメイドが必要な場合、実地調査を行い検討します。
- ④ 2個交付について
 屋内用と屋外用の理由では不可。自宅用と学校・職場・通所施設用等で、「移送手段がない」、「持ち運びが困難」「使用環境での車いす形状の違い」等、理由が必要。再交付の際もその時点における必要性を確認します。
- ⑤ 意見書に使用場所や使用方法等の詳細を明確にご記載ください。
- ⑥ 座位保持装置の付属品(パッド、他)を使用する場合は、採寸・採型の基本価格は算定できません。
- ⑦ 6輪構造については、「職場や家屋内で狭隘(狭い)な場所」を想定しており、病院や施設内使用時の支給については認めておりません。
- ⑧ 携帯用会話補助装置搭載台については、日常生活用具で該当機器の支給がない場合は対象となりません。
- ⑨ ブレーキの選定や複数の追加について
 ブレーキ、フットブレーキ、キャリパーブレーキ、電磁ブレーキの個数の選定・追加については、必要性について十分に検討を行い、意見書に理由を記載してください。
- ⑩ 選定時のデモの様子について動画や画像の提出にご協力ください。

(6)【電動車椅子】

車椅子操作での走行や、長距離の自力走行が困難な場合に、車椅子に電動走行用ユニットを装着して、コントロール装置により操作し、自力走行が可能となる車椅子。

《障がい要件》

(普通型電動車椅子)

- ① 三肢以上の障がいがあり、電動車椅子でなければ歩行機能を代替できない方
 (例:左上肢3級+両下肢2級、四肢1級等)
- ② 下肢に重度の障がい・麻痺があり、電動車椅子でなければ歩行機能を代替できない方
 (手動車椅子の使用困難、歩行器・下肢装具の使用できない及び下肢機能障害2級以上の方)
 ※下肢機能障害2級だけでは交付できません。
- ③ 呼吸器機能障害、心臓機能障害等で、歩行による移動に著しい制限を受ける方



(簡易型電動車椅子)

普通型車椅子が操作可能な者で、上肢機能が十分でないため、坂道、悪路、長距離移動において電動の助力が必要な方。

★注意事項★

- ①電動車椅子(普通型、簡易型共に)の初回支給は、4.5km仕様のみとなります。
- ②リチウムイオン電池の対象は、教育や職業、その他生活状況での必要性和一日に15km以上の走行距離が必要とされる場合に限りです。
- ③電動ユニットでACサーボモーターや感度調整式ジョイスティック等、その他の駆動関係の部品の選択については、選定理由の記載や使用状況の確認が必要となります。

《共通事項(電動車椅子)》

- ①新規交付については、操作性審査を実施します。事前にデモ機等で練習を行ってください。
- ②試用やフィッティング時の使用状況について動画や画像を提出して頂く場合があります。操作性審査において、補装具業者にデモの準備をお願いすることがあります。
- ③選定時のデモの様子について動画や画像の提出にご協力ください。

《車椅子付属品(クッション、張り調整機能、シートベルト)》

【クッションの選定について】

クッション選定を行う際には、必ず、意見書に「感覚障害の有・無」、「褥瘡リスクの有・無」、「皮膚や骨突出の状態」「除圧動作」を意見書へご記載ください。全て「問題ない」の場合は通常のクッションが支給対象となります。

【クッション種類】

ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造、ゲルとウレタンフォームの複合型、空気構造やフローテーションパッド等があります。使用される方は、臀部に感覚障害や皮膚が弱い又は臀部の組織が薄く、自力での除圧が難しい方が使用します。

【クッション種別の対象者】

(A) クッション・ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの、ゲルとウレタンフォームの組合せの対象者

- ①:軽・中度の知覚障害がある方
- ②:皮膚が弱い、又は臀部の組織が薄いため必要とする方
- ③:上肢や体幹の障がいのため自力での除圧が難しい方

(B) 特殊な空気構造のもの・フローテーションパッドの対象者

- ①重度の感覚障害等があり、褥瘡のできる可能性が極めて高い場合又は現に褥瘡ができています
- ※上記の(A)や(B)の基準に当てはまらない場合、通常のクッションとなります。

【張り調整能について】

体幹の筋力低下や脊柱側弯や円背(後弯)等により、一枚ものの背当てシートでは姿勢が崩れ、座位の安定性が確保できない方。通常、背や座クッションとの併用はできません。

(7)【 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です。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等があります。

《障がい要件》 下肢あるいは体幹機能障害

★注意事項★

- ①訓練目的又はその要素が大きい場合は支給できません。
- ②日常生活の中での使用目的や使用状況・頻度等の確認を行い、支給について判断します。
- ③介護保険対象者は原則、介護保険での貸与が優先となります。
- ④シルバーカーは対象外です。
- ⑤選定時のデモの様子について動画や画像の提出にご協力ください。



(8)【 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です。

《障がい要件》 聴覚障害

- ・聴覚障害 2、3級 ⇒ 重度 難聴用補聴器
- ・聴覚障害 4、6級 ⇒ 高度 難聴用補聴器

《種類》

①ポケット型

本体が小型ラジオのような集音器で、操作しやすく本体を聞きたい音に近づける事ができる。



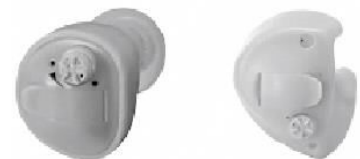
②耳かけ型

耳にかけて使用するタイプです。操作が簡単で扱いやすいのが特長。



③耳あな型

耳あなに収まるタイプ。耳の穴に入れて使用するため、耳介の欠損・変形により、他の耳かけ形の装用に問題がある方やヘルメット等を常用する方が使用します。



④ワイヤレス補聴システム

送信機から受信機へ、直接音声を送信するシステムです。

職業上、教育上、社会活動上等の主要な生活の場で、ワイヤレス補聴システムが必要な場合。

★注意事項★

(耳あな型)

- ①外耳や耳介の欠損や変形により他の補聴器が使えない場合や、職業上等で真に必要な方
- ②例) 仕事でヘルメットを着用する等、申請理由が必要です。

(ワイヤレス補聴システム)

①使用環境等でワイヤレス補聴システムが必要な理由

学校等での環境や使用状況支援者側の受入れ等を調査したうえで総合的に判断します。

②高度難聴者については、基準外となるため、別に特例補装具の意見書が必要です。

(※重度難聴者については基準内となります)

《共通事項(補聴器)》

①原則交付は片耳のみ。ただし、職業上又は学校教育上、真に必要な等々の申請理由が必要です。

②児童において、両耳装用が支給されていた場合であっても18才以降は、職業上や教育上での必要性を含めた、再審査を行います。職業上、教育上の必要性が認められない場合は両耳装用の支給の対象外になる場合があります。

③人工内耳用音声信号処理装置の修理については、国の補装具費支給事務取扱要領に規定されている「確認票」に必要な事項を記載してください。

(9)【眼鏡】

《障がい要件》 視力障害

①近視、遠視、乱視等の屈折異常を矯正する必要のある方に限ります。視野障害のみは対象外です。

②遠用と近用を申請される場合、意見書・見積書・申請書類はそれぞれ必要となります。

③「遠近両用眼鏡」は基準外で特例補装具の申請となります。

【矯正眼鏡】

近視・遠視・乱視などの屈折異常の場合、適切なレンズを用いて外界の像を正しく網膜に映す補装具です。

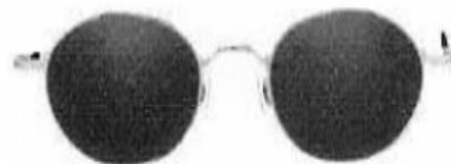
《障がい要件》 視覚障害

①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です。

②室内用と室外用を申請される場合、意見書・見積書・申請書類はそれぞれ必要となります。

【遮光眼鏡】

着色したレンズを用いる事で、光に対する羞明(眩しさ)を軽減し、コントラスト効果を高め、視力を補う補装具です。



(10)【重度障害者用意思伝達措置】

ソフトウェアが組み込まれた専用機器及びプリンターで構成されたもので、操作に必要なスイッチ類が接続されており、わずかな身体動作で自分の意思を伝えるための機器で、言葉でのコミュニケーションができない方が使用します。

《障がい要件》

①両上・下肢肢機能障害1級・2級

②音声・言語機能障害3級

①及び②の障がい全てに該当する重度の障がいがあり、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。※進行性の難病で①及び②に該当しない場合はご相談ください。

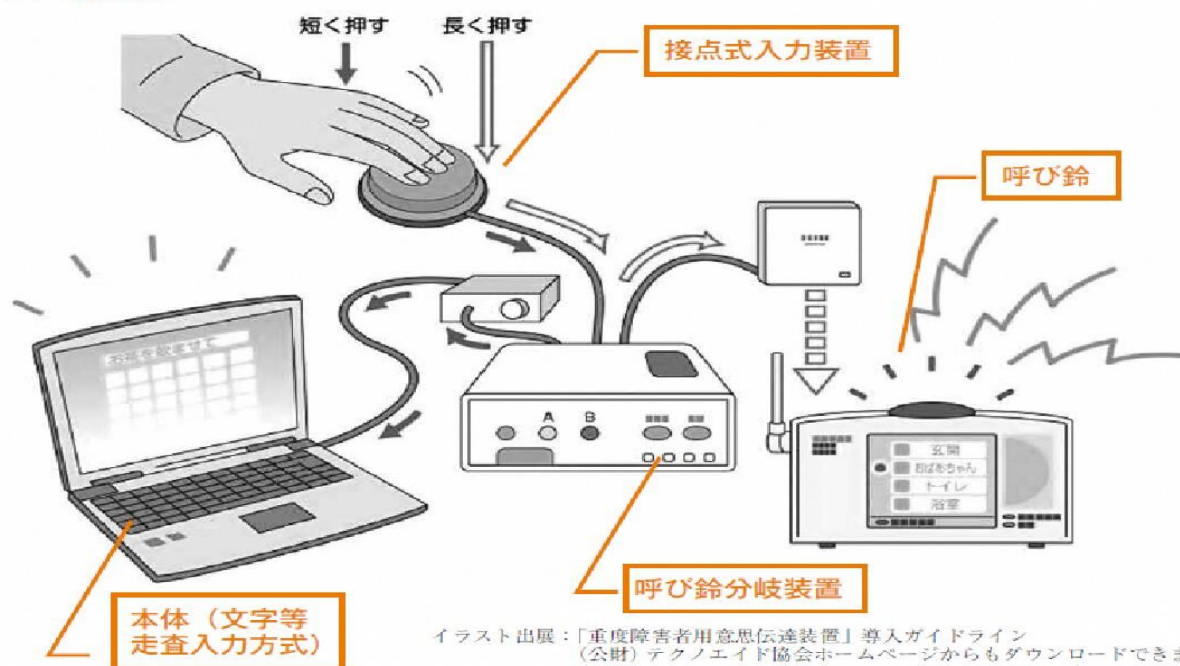
★注意事項★

・判定前に申請者の機器について、実地での「操作性審査」を実施します。事前にデモ機等で練習を行っ

てください。

- ・スイッチの選定については、身体状況に合わせ、接点式、筋電式、帯電式、呼気式、を中心に選定してください。
- ・視線入力式についてはこれらの入力方法で対応が困難な場合に選定してください。
- ・重度障害者用意思伝達措置本体への「6%加算」はできません。また、本体価格はプリンター等の印刷機器を含めた金額となります。

装置の構成例



イラスト出展：「重度障害者用意思伝達装置」導入ガイドライン
(公財)テクノエイド協会ホームページからもダウンロードできます。
(http://www.techno-aids.or.jp/research_repo.html)

補装具写真及びイラスト：
補装具費支給事務ガイドブック
(公財)テクノエイド協会より

《17. 補装具共通の注意事項（重要）》

※特に、補装具事業者や医療機関の皆様は、以下の注意事項について、十分に内容を確認し、書類作成や申請を行ってください。

【 補装具制度の基本事項・原則 】

(1) 身体障害者手帳・等級と支給可能な補装具について

- ①補装具の支給要件は、身体障害者手帳の交付を受けた方で、認定された障がい部位や程度（等級）に対し、該当する補装具の種目・種類が決まっています。
- ②障害等級と合致しない種目・種類の補装具は支給対象となりませんので、希望する補装具の種目・種類が、手帳の種類・等級に該当しない場合、新たに手帳の障害種目の取得や等級変更などの申請を行ってください。
(例) 右下肢機能障害(右片麻痺) ⇒ 右足の短下肢装具を作成
左下肢機能障害(左下腿切断) ⇒ 左下肢の義足を作成
聴覚障害4級、6級 ⇒ 高度難聴用補聴器
- ③補装具の支給対象は、必ず障がい名が付いていることが前提です。障がい名の無い側（健側）への交付はできません。
(例) 右下肢機能障害であるが、左下肢の足底装具や短下肢装具を申請 ⇒ 不可

(2) 耐用年数について

- ①耐用年数は、通常の状態で使用した場合、修理不能となるまでの予想年数を目安としているため、使用状況によって変わります。原則として、耐用年数が経過する前は修理で対応となります。また、耐用年数を超えた場合も修理可能な場合は修理で対応してください。
- ②児童用補装具の耐用年数について
耐用年数前でも成長期等で使用不可能になる場合があるため、耐用年数前での再交付を希望する場合は、継続的な使用や修理が不可能な理由を詳細に確認し判断していきます。

(3) 職業上や学校教育での2個申請について

- ①使用状況や使用環境、頻度、その他調査等で詳細を確認して支給の可否を判断します。
- ②児童では、学校や施設、自宅等での使用状況や兼用使用の可能性等を確認し、兼用使用できる場合は1個となります。
- ③職業上必要な場合は、自宅と職場の活動内容、使用状況や環境状況を確認し、兼用使用できる場合は1個となります。
- ④学校、職場、施設で環境調整等の合理的配慮により兼用使用が可能な場合は、1個となります。

(4) 再交付について

- ①再交付申請で、前回交付時と使用環境が異なる場合は、現状に応じた支給となります。
(例) 以前と就労や就学状況が変わった等
- ②再交付申請の際は、主治医や補装具事業者と相談し、事前に十分な試用や他製品との比較を行ってください。

(5) 修理・再交付で前回申請時の内容から追加・変更のある場合

- ①追加・変更が必要な理由、ADL(日常生活動作)上の改善点などを記載してください。
- ②破損箇所や現状確認ができる「写真等の画像資料」の添付を行ってください。

(6) 補装具交付後の修理対応について

補装具交付後の、破損や不適合、調整、小部品の交換、軽微な修理については、国の規定により、一定期間は、補装具業者の責任で対応することになっています。

- ① 新規・再交付の場合: 交付から9カ月以内
- ② 修理交付の場合: 交付から3カ月以内
(※ただし、災害や本人の過失による破損、生理的・病理的变化や目的外使用や取扱不良により生じた破損・不適合は除く)

(7) 補装具費支給決定後の部品の変更について

補装具費支給決定後の部品の変更(追加や変更)については、認めておりません。このため、部品を変更する場合、再度申請し直していただく必要がありますので、ご注意ください。

(8) 「同等・安価」の原則

国の補装具費支給制度では「同様・類似の機能であれば、より安価な方を選択する」、「同等・安価」という原則が基本になっています。したがって、補装具申請の際には、この基本原則に基づき、部品・製品選定や提案を行ってください。

【 補装具の作成・立案時の注意点について 】

(9) 補装具費支給事務取扱要領など国からの資料の確認

補装具の製成・立案、補装具事業者から提案を行う際には、国から通知されている、「補装具費事務取扱要領」に記載されている、各補装具の仕様や、機能、対象者の例について内容を十分に確認し「真に必要で最小限の機能と部品」のみを選定してください。

(10) 補装具作成、立案時の注意

補装具の申請後や審査の段階、支給直後や給付決定後、間もなく、部品の追加・削除や修理(修正)等を申請する案件が多くなっています。

このような場合、状況調査や再申請等の手続きで、申請者への補装具費支給決定(再決定を含む)で非常に時間を要することになります。

このため、補装具作成の立案、医師や申請者への製品提示段階で、申請者の身体状況の変化が予測される場合(手術や装具の作成予定等)、それらを見据えて補装具作成を実施してください。

(11) 補装具の設計図や選定理由について

- ①補装具作成・立案、選定の際に、身体機能や障がい状況から勘案して「選定理由が曖昧」なことに加え「不必要で過剰な機能まで付加し、申請を促すケース」が増えています。
このため、選定の際には「真に必要で最小原な機能と部品」のみ選定するよう、ご注意ください。
- ②採寸や採型、特例補装具や特殊な形状や形態で作成を検討している場合、必ず完成品の詳細がわかる、設計図の添付をお願いします。

(12) 補装具費支給基準の独自の解釈・判断による申請について

特例補装具や静岡市の基準とは異なる「他都市の基準」で作成を検討している場合や、補装具事業者独自の基準解釈で申請者や医師等へ説明を行い、審査で「不可」になるケースが多く見られます。このような場合、申請内容の修正や取下げ等で支給決定まで非常に時間を要し、申請者への不利益に繋がります。

このため、補装具事業者が申請者や医師に補装具の製品、部品、製作方法を提示する際の支給基準の解釈については、**事前に当市へ確認する等**、十分に注意して、適切に対応してください。

(例) 義肢・装具、座位保持椅子車載用、座位保持装置、車椅子、電動車椅子、歩行器等

(13) 補装具の借受け制度の活用について

平成30年4月から、補装具の効果的・効率的な支給を行うことを目的に、補装具の借受け制度が施行されました。

- ①特に、高機能で高額な補装具、成長期にある児童の補装具については、試用や比較も可能であるため積極的に借受け制度の利用を行ってください。
- ②また、市の審査の結果、「支給」より「借受け」が適当であると判断する場合があります。その際は、補装具事業者は、真摯に、速やか、かつ適切に対応してください。

(対象) ①義肢・装具・座位保持装置の完成用部品、②重度障害者用意思伝達装置、③歩行器、
④座位保持椅子(車載用を含む)

【 意見書作成等について 】

(14) 医師意見書と見積書について

- ①医師記載の「意見書」と補装具事業者作成の「見積書」について内容確認と照合を行います。
- ②意見書には、原因となった疾病・外傷名・発生日、現在の身体状況、障がい状況、活動状況、補装具の使用状況などの詳細を、必ずご記載ください。(記載例参照)
- ③書類内容に不備や加筆(追加記載)・修正事項がある場合、修正・補正を依頼することになり、時間を要することがあります。
- ④意見書には、必要な部品名、選定理由等を、全てご記載ください。見積書は、意見書に従い正確に作成してください。
- ⑤市は、申請者の同意を得たうえで、意見書内容の不備や、詳細の確認、選定理由、画像や動画の追加提出等で、医療機関や補装具事業者へ問合せを行う場合がありますが、その際、医療機関や補装具事業者は、真摯に、速やか、かつ適切に対応してください。

(15) 身体障害者手帳を交付されていない難病患者等の補装具支給について

- ①補装具費支給に関する意見書のほか、主治医等の記載した補装具費支給に関する意見書(特殊な疾病用)の添付が必要となります。
- ②記載を行う医師については、現疾患の治療を行っている主治医にご相談ください。
- ③難病疾患を理由に、全種類の補装具が、無条件で支給対象とはなりません。
- ④難病疾患が原因で、補装具を必要とする「障害等級と同等レベルの身体状況・障がい状況」になっていることが前提となります。
(記載例) 身体障害手帳 下肢機能障害Ⅰ級に相当するレベルである。
- ⑤他の制度や、治療用装具で対応できるかについても検討してください。

【 機種選定や部品選定について 】

(16) 既製品や完成品の選定について

①完成品(既製品を含む)や高機能な部品を選定される方で、支給後間もなく、不具合・不適合で相談を受けるケースが増えています。

このため、補装具事業者から製品や部品の選定や助言を行う際、必ず「デモ」や「試用」を含め、数種類の製品を提示や比較検討していただき、主治医と十分に相談の上、選定理由を明確にしてください。

(例) 義足(継手・足部)、装具、車椅子、歩行器、座位保持装置、座位保持椅子車載用、補聴器等

②特に既製品・完成品を申請される場合、審査により「真に必要な機能」のみが、支給対象となりますので、機種や機能の選定、申請者への提案には、十分にご注意ください。

③既製品や完成品については、必ず、メーカー発行のパンフレット(価格表示あり)を添付してください。

(17) メーカー製造の既製品や完成品の選定・改造・部品取りについて

①車椅子の完成品(バギー等)や座位保持椅子車載用等の補装具で、

「構造フレームや一部部品のみ使用し支持部は改造して使用したい」

「構造フレームとして座位保持装置と組合せたい」

「メーカーオプションを超えたフレームの延長(改造)」

「座位保持椅子車載用の既製品でパーツを部分的に使用し、他の部分は作成したい」

等の申請が見られますが、静岡市ではこのような取扱いは認めておりません。

②既製品の「大がかりな改造」や「部品取り」、「目的外使用」は、フレームや接続部の強度不足、基本設計上の重心の変化、その他様々な性能低下が予測され、安全性が確保できなくなる恐れがあり、万が一、事故が発生した場合、事故原因(瑕疵)が不明確となります。

③このような場合「製造元メーカーが推奨した使用方法」とも異なるため、申請者が製造物責任法(PL法)に定められた補償が受けられなくなります。

④以上より、車椅子、座位保持椅子、座位保持装置、その他構造フレーム、その他補装具の根幹に係るパーツについては、製造メーカー等が定める取扱いをお願いします。

⑤特例補装具は「完成品」それ自体が「特例扱い」であるため、更に加えて改造や一部をパーツ化して利用する(部品取り)等での申請は認められません。

【 補装具見積り作成、積算方法について 】

(18) 採寸、採型の基本価格を計上する際の注意

国の基準では、補装具を作成する際に、基本価格の採寸や採型を計上する場合、**詳細な設計に基づいて製作することになっているため、寸法や形状、仕様の詳細を記載した「設計図」を、必ず提出してください。**

(19) 特例補装具や既製品の積算方法について(見積り作成)

①特例補装具や、既製品を選定される場合、積算方法は厚生労働省の「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定に関する基準」通知から、必要な機能や部品のみを選定し、積み上げ価格で算定してください。

②上記の基準に当てはまらない「部品」については、特例補装具とし意見書と基準外の価格(販売価格:算定根拠資料も添付)を明記し算定してください。

③厚労省基準の積み上げ価格に、基準外部品の価格(販売価格)を加え、1枚の見積書で作成してください

い。

- ④算定根拠の曖昧な製品や部品については、材料費、人件費、作成時間等を明示した「算定根拠となる資料」を提出してください。
- ⑤既製品については、カタログ資料を添付してください。
- ⑥基準額の積み上げ額は、カタログ価格（小売り価格）を超えないものとします。
- ⑦最終的に審査を含め庁内での総合的な判断により、「真に必要な機能（部品）、金額」のみが認められます。

(20) レディメイド(既製品) 製品等の積算方法の考え方(例)

	①積上げ方式での算定額	②標準希望小売価格 (カタログ等の価格)	最終算定額の選定
レディメイド製品 (例) 車椅子			
計算方式	[本体価格(基準価格の75%) +必要な機能]×6%	メーカーで指定小売価格 (非課税で6%加算無し)	①と②を比較しより安 価な方を選定する
算定額比較・ 算定	①98,000円(低い) ①98,000円(高い)	②110,000円(高い) ②76,000円(低い)	①の98,000円を算定 ②の76,000円を算定

- ※1 上記表の①と②の算定額の比較を行い、価格の低い方を支給額として算定する。
- ※2 ②のメーカー希望小売価格を超えないことが前提です。
- ※3 完成品(既製品:非課税品)や基準外補装具については、6%加算はできません。

【 審査、資料提出、実地調査、その他の対応について 】

(21) 補装具の状態を証明する画像や動画資料の提出と実地調査の協力

- ①補装具の修理、再交付、完成時には、破損や劣化箇所や完成状況(内部構造を含む)が確認でき、証明となる「画像資料」を提出してください。(市の規定用紙使用)
- ②補装具支給審査の際に、疑義や確認の必要性が生じた案件については、申請者の同意を得て、医療機関や補装具事業者へ実地調査や追加資料(デモやフィッティング時の画像や動画を含む)の提供を依頼することがあります。
その際は、真摯に、速やか、かつ適切に、資料提出と調査の対応を行ってください。(デモ機用の意を含める)
- ③注意:対応いただけない場合、審査や支給決定が行えないことになり、申請者の不利益に繋がりますのでご注意ください。

(22) 補装具事業者や医療機関等に対する命令、質問、検査、指導について

- ①補装具事業者については「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第10条」に基づく、報告や文書提出の命令、質問、検査、注意、指導を行うことがあります。
また、意見書作成医療機関についても、報告や文書提出の依頼や質問をすることがあります。その際には、申請者に不利益が生じないよう、真摯に、速やか、かつ適切に対応してください。
- ②補装具全般の審査や判定に際し、実地調査への協力や画像資料の提供(動画も含む)
- ③義肢・装具のデモ、重度障害者用意思伝達装置及び電動車椅子の操作性審査(補装具事業者から申請者や支援・介護者側への補装具の取扱い説明や理解・支援を含め)への協力
- ④上記の場合は、必ず、補装具事業者側でデモ機用の意、立会い、追加資料の提出について、真摯に、速

やか、かつ適切に対応してください。

※補装具事業者については、度重なる注意や指導、業務改善勧告等において、改善が見られない場合、静岡市補装具費代理受領事業者登録の指定取消などの対応もありますので、十分にご注意ください。

(23)その他 注意事項

平成31年に健康保険の治療用装具療養費で、補装具事業者による大規模な不正請求事案が発生しており、これを受けて厚生労働省から、注意喚起を含め、装具の支給手続きにおける不正防止等の支給手続きに関する通知が出されています。

従って、補装具費支給制度において、補装具事業者や医療機関の皆様は、補装具制度や、本ガイドを含め注意事項等の内容を十分に理解し、基準やルールの遵守、真摯に、速やか、かつ適切な対応を行うよう心掛けてください。

《18. 意見書の一部記載例》

記載例

(表面)

補装具費支給に関する意見書(骨格構造義足用)

※太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄	
審査結果	1 適当 2 不適當 3 要確認 【審査結果が2~3の場合は、その理由・内容等】
審査医師	
審査年月日	年 月 日

※下記の表面・裏面の□や枠欄は必ず御記入ください。

氏 名	静岡 太郎	生年 月 日	○年○月○日
住 所	静岡市葵区○丁目○番		○歳
手帳障害名	切断 右下腿1/2以上	手帳障害等級	○級
原因となった疾病・ 外傷名	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他 (具体名:糖尿病による壊疽)	
疾病・外傷 発生年月日	○ 年 ○ 月 ごろ		
切断・離断 ・欠損部位	右(<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input checked="" type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指) 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 <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指)		
切断施術	○ 年 ○ 月 ごろ		
現在の障害 部位の状況	【障害部位の状況、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。】 糖尿病性壊死により、平成○○年○月に右下腿部切断。術後は切断端の創部は安定してきており、現在は、右膝関節の可動域や筋力はMMTで4レベルと問題ないレベル。仮義足を装着して、歩行を中心としたADLやセルフケアは可能だが、仕事など応用的な場面で支障が出ている。		
使用中 補装具 の状況	使用中補装具(あり・なし)【使用中の場合はその具体的状況を御記入ください。】 現在、仮義足(訓練用)で屋内や、屋外、仕事(営業で外勤が多く)など、日中の活動量・歩行距離も多い。また、断端は痩せてきており2cm程度断端周径の減少も見られている。特に、営業など長距離歩行時に断端に痛みも出るため、本人の現状に合わせた更生用義足の作成が必要な状態である。		

現在の身体・障がい状況、ADL 状況、使用中の補装具(仮義足を含む)の状況や不具合についても記載してください。

(裏面)

製作区分	■新規 □再製作 □修理 □借受け			
製作部位	■右 □左 □両側			
名称	採型区分	型式	採型区分	型式
	□股義足 B-1	□カナディアン式	■下腿義足 B-4	■PTB式 □PTS式
	□大腿義足 B-2	□差込式 □ライナー式		□KBM式 □差込式
	□膝義足 B-3	□吸着式	□果義足 B-5	□差込式 □有窓式
□チェックソケット(選定理由 断端の状態や痛みに合わせて調整が必要なため) □その他()				
製作要素	ソケット	□アルミニウム・セルロイド ■熱硬化性樹脂 □熱可塑性樹脂 □木製 □皮革 ■その他(カーボンスケット)	支持部	□股義足用 □大腿義足用 □下腿義足用 □その他()
	ソフトインサート	□皮革 □軟性発泡樹脂 □皮革・軟性発砲樹脂 □皮革・フェルト □シリコーン □その他()	義足懸垂用部品	□股義足用 □大腿義足用 □下腿義足用 □その他()
			外装	□股義足用 □大腿義足用 □膝義足用 □下腿義足用 □その他()
完成用部品	股継手	□カナディアン式 □ロック式 品名()		
	膝継手	□単軸式(1遊動式 2 ロック式) □多軸膝(1遊動式 2 ロック式) □安全膝 品名()		
	足継手	□固定式(SACH足用) □遊動式(1単軸足用 2 多軸足用) 品名()		
	義足調整部品	□ブロック □コネクタ ■チューブ ■クランプアダプタ □ターンテーブル □トルクアブソーバー □ショックアブソーバー □伸展屈曲装置 品名(オットーボックス 2R37、オットーボックス 4R52、)		
	足部	■SACH足部 □単軸足部 □多軸足部 □サイム用足 品名(オットーボックス 1C60)		
	足部調整用部品	□バンパー □ボルト 品名()		
	外装用部品	□保護カバー □コネクタコンプレート 品名 ■フォームカバー(1股・大腿用 2下腿用) (オットーボックス6R6) ■ストックネット(1股・大腿用 2下腿用) (オットーボックス99R16) □リアルソックス(1股・大腿用 2下腿用)		
その他	□吸着バルブ □懸垂ベルト(1股・大腿用 2下腿用) □KBMウエッジ ■断端袋(1大腿用 2下腿用) □バッテリーキット ■ライナーロックアダプタ ■ライナー(ピンアタッチメント <u>あり</u> ・なし) □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) 品名(オットーボックス 6Y75、オズール DIS-SISE、オットーボックス 6A20)			
製作(購入)、修理、借受けに当たっての選定理由、留意点	【型式、採型・採寸区分、製作要素、完成用部品等の指定及び選定理由、他部品と比較した状況、借受期間など留意すべき事項を御記入ください。】 特に、足部はオットーボックス1C40と比較検証し、オットーボックス1C60を試用した結果、衝撃吸収性が高く不整地歩行に優れているため、様々な路面状況での補高が可能となり、ADLが向上する。			
使用効果見込	【処方補装具を装着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。】 本装具の装用により、申請者のADL状況から業務等(営業)で日中の歩行距離が長くなり、様々な営業先での路面状況に応じ対応できることから、歩行時の疲労軽減や作業時に安定した連続歩行時間が向上し、また断端部の疼痛も軽減が可能となる。			
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 ()	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>下記の該当する場合に作成が可能です。 記載漏れのないようにお願いします。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> <p>特に、継手や足部等、他の部品と比較・検討した結果、機能の違い、選定した理由、ADLや使用環境での改善効果見込み、等も記載してください。</p> </div>			
<p>※下記の該当する項目にチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 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で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)</p> <p><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で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)</p> <p><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</p>				

補装具費支給に関する意見書(車椅子・簡易型電動車椅子用)

※太枠欄は記入しないでください。

審査欄	
審査結果	1 適当 2 不適當 3 要確認
	【審査結果が2~3の場合は、その理由・内容等】
審査医師	
審査年月日	年 月 日

※下記の表面・裏面の□や枠欄は必ず御記入ください

氏名	静岡 花子	生年月日	〇年 〇月 〇日
住所	静岡市葵区〇丁目		〇歳
手帳障害名	肢体不自由 両上下肢機能障害	手帳障害等級	〇級
原因となった疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災 (具体名:脳性麻痺)		
発生日	〇年 〇月 〇日		
【身体寸法】	座位肘頭高	〇cm	
身長	〇cm	座位下腿長	〇cm
体重	〇cm	座位臀幅	〇cm
座位腋高	〇cm	座底長	〇cm
現在の身体・障がい状況、ADL状況、使用中的補装具の状況や不具合についても記載してください。	【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。】 脳性麻痺による両上下肢機能障害。以前は普通型車いすの自走が可能であったが、〇年〇月誤嚥性肺炎で入院し、徐々に機能低下が進み、現在座位保持困難、日常生活全般において介助が必要な状況である。現在、ベッドでの生活が中心となり、離床時間が短くなっている。 また、緊張の非対称から右凸の側弯あり、両膝関節屈曲拘縮が生じ、座位耐久性の低下が認められる。BI 〇点、FIM 点(運動項目〇点、認知項目〇点)		
	使用中的補装具(あり・なし)【使用中的場合はその具体的状況を御記入ください。】 〇年〇月に支給を受けた普通型車椅子は全体に老朽化がみられ、障害状況の変化から使用が困難になっている。施設用のリクライニング式車いすを使用しているが、姿勢の崩れが生じ長時間の離床が困難である		
現在の身体活動状況	感覚障害	(<input type="checkbox"/> 腰背部 <input checked="" type="checkbox"/> 臀部) <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし	
	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 checked="" 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"/> 介助があると可 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 不能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 屋外移動可 <input type="checkbox"/> 屋内(階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲)歩行可能 <input checked="" type="checkbox"/> 不可	
	車椅子への移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助で可 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	座位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input checked="" type="checkbox"/> 支持(背部・頭部)があると可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可	
	除圧動作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 介助があると可 <input checked="" 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 checked="" 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}	

(裏面)

製作区分	【製作区分】 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理			
名称	<input type="checkbox"/> レディメイド品名() <input checked="" type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> モジュール方式	<input type="checkbox"/> 普通型 <input checked="" type="checkbox"/> 手押し型 (<input type="checkbox"/> 1大車輪のあるもの <input type="checkbox"/> 2小車輪だけのもの) <input type="checkbox"/> 片手駆動型 <input type="checkbox"/> レバー駆動型 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型		
		<input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> ティルト式 <input type="checkbox"/> 手動リフト式 <input checked="" type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式 <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 簡易型電動	<input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式 (<input type="checkbox"/> ACサーボモーター) 操作ノブ <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 握り <input type="checkbox"/> 丸 <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 十字 <input type="checkbox"/> 円盤 <input type="checkbox"/> U字 <input type="checkbox"/> その他()		
		<input type="checkbox"/> 充電器 <input type="checkbox"/> バッテリー (<input type="checkbox"/> マイコン内蔵ニッカド電池 <input type="checkbox"/> マイコン内蔵ニッケル水素電池 <input type="checkbox"/> リチウムイオン電池 (※リチウムイオン電池は距離15km/日以上の利用者に限る) <input type="checkbox"/> 電動又は電磁ブレーキ		
加算要素	<input checked="" type="checkbox"/> バックサポート <input checked="" type="checkbox"/> アームサポート <input type="checkbox"/> フットサポート <input checked="" type="checkbox"/> レッグサポート	<input checked="" type="checkbox"/> 延長 <input checked="" type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input checked="" type="checkbox"/> 枕交換		
		<input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 角度調整式 <input checked="" type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拡幅 <input checked="" type="checkbox"/> 延長		
		<input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 左右調整		
		<input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 挙上式 <input checked="" type="checkbox"/> 開閉挙上式 <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式		
	付属品等	※クッション対象者基準に応じて選択してください。	<input checked="" type="checkbox"/> クッション (座面・背面) (背張り調整式バックサポートとの同時加算不可) <input checked="" type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの (座面・背面)	
			<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せ (座面・背面) <input type="checkbox"/> パルプ開閉で空気量を調節するもの (座面) <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの (座面) <input type="checkbox"/> フローテーションパッド (座面) <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション (骨盤・大腿部サポート)	
			<input type="checkbox"/> シートベルト (腰・胸・股・その他()) <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー (右・左) <input type="checkbox"/> リフレクタ (夜光材・夜光反射板) <input type="checkbox"/> ステッキホルダー (杖たて) <input type="checkbox"/> 泥よけ (右・左) <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア式等) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右・左) <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input checked="" type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用) <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左) <input type="checkbox"/> 車軸位置調整部品 <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ヒールトップ (踵留) (右・左) <input type="checkbox"/> アングルトップ (足留) (右・左)	
			【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。】 身体・障害状況から既製品では対応できず、座位耐久性の低下や姿勢の前方への崩れへの対応から身体状況に合わせたリクライニング・ティルト式車いすの製作が必要である。また、側彎への対応や座位姿勢の安定を図るために張り調整式バックサポートが必要。 両膝関節屈曲拘縮があるため、フットサポート挙上式にすることで下腿の支持部の安定化を図り座位を安定させる必要がある。クッションについては、自力での除圧困難であり、臀部の骨突出があるため、ポリエステル・ウレタンフォーム多層構造のクッションを選定。	
			【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。】 リクライニング・ティルト機能を併用することで安全に水分や食事摂取が可能となる。また、日中の離床の促進や日中活動への参加が可能となり、活動性の向上が見込まれる。さらに通院やリハビリ等に安全に通えることが可能となる。	
			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	
			<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 下記の該当する場合に作成が可能ですが、記載漏れのないようにお願いします。 </div>	
			<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 形式・付属品の選定理由、日常生活や使用環境における使用効果見込み等について具体的に記載してください。 </div>	
			※ 下記の該当する項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 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で、かつ、所属医学会において認定されている専門医 (※【記入上の留意事項I】参照) <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で、かつ、所属医学会において認定されている専門医 (※【記入上の留意事項I】参照) <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	

補装具費支給に関する意見書(下肢・靴型装具用)

※太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適当 2 不適当 3 要確認 【審査結果が2~3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	
審 査 年 月 日	年 月 日

※下記の表面・裏面の□や枠欄は必ず御記入ください。

氏 名	静岡 太郎	生年 月 日	SO年〇月〇日
住 所	静岡市 葵区 〇〇-〇-〇		〇
手帳障害名	脳血管障害(右上肢機能障害2級、右下肢機能障害2級、 体幹機能障害2級)	手帳障害等級	1
障 害 状 況	<input checked="" type="checkbox"/> 中枢性麻痺	部 位 右 上肢、下肢	ブルンストローム・ステージ 上肢Ⅲ 手指Ⅲ 下肢Ⅲ 感覚評価 中等度~重度鈍麻
	<input type="checkbox"/> 末中枢性麻痺	部 位	(障害に関わる部位の)MMT、R OM 感覚評価
	<input type="checkbox"/> 筋・骨格系		
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他 (具体名:左被殻出欠)	
疾 病 ・ 外 傷 発 生 年 月 日	令和〇年 〇月ごろ		
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。】 令和〇年〇月〇日 左被殻出血により、右片麻痺を発症。〇〇病院に救急搬送、緊急回答術を施行。その後、 〇月〇日から〇〇リハ病院へ転院、〇月〇日に自宅復帰 退院後、〇〇医院を受診し、通院リハで継続加療中。		
現在の身体状況	【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。】 BI:70/100 右上肢、下肢の運動麻痺、感覚障害が残存しており、ADL で歩行は短下肢装具と多点杖を使用し屋内移動可能。階段昇降は近位監視レベル。整容、更衣、入浴などのセルフケアは、部分介助を要している。		
使 用 装 具 状 況	使用中補装具(あり・なし)【使用中の場合はその具体的状況を御記入ください。】 下肢装具は、SHB を使用中。屋内、屋外歩行時に常に装着しており、日中も長時間使用しているが、経年劣化と内反・尖足が強くなり強制力も不足しており、痛みが出てきている。このため、本人の障害現状に合わせた更生装具の作成が必要な状態である		

現在の身体・障がい状況、ADL 状況、使用中の補装具(仮義足を含む)の状況や不具合についても記載してください。

面に続く

(裏面)

製作区分	■新規 □再製作 □修理 □借受け				
名称	※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とします。				
	区分	名称	基本構造1	基本構造2	採型区分
	下肢装具	短下肢装具	両側支柱	高力アルミニウム合金	■採型 □採寸
装具分類	下 肢 装 具				
製作要素	部位	■右 □左 □両側			
	採型区分	■採型 □採寸			
	股継手	□固定式 □遊動式			
	膝継手	□固定式 □遊動式 □プラスチック継手			
	足継手	□固定式 ■遊動式 □プラスチック継手			
	大腿支持部	■半月 ■皮革等(①カフバンド 2大腿コルセット) □モールド(1熱硬化性 2熱可塑性) □カーボン製 □座骨支持式			
	下腿支持部	■半月 ■皮革等(①カフバンド 2下腿コルセット) □モールド(1熱硬化性 2熱可塑性) □カーボン製 □PTB式 □PTS式 □KBM式			
	足部	■あぶみ □皮革等(1大 2小) ■モールド(1熱硬化性 ②熱可塑性) □標準靴 □カーボン製 □足底の補強			
	膝サポーター(軟性支柱 □付き □なし) □キャリパー ツイスター(1軟性 2鋼製ケーブル) □デニスブラウン □膝当て ■T・Yストラップ □スタビライザー □ターンバックル □ダイヤルロック □伸展・屈曲補助装置 □補高足部 ■足底裏革 □高さ調整 □内張り(1大腿部 2下腿部 3足部) □補高足部(脚長差 cm)				
	完成用部品	□股継手() □膝継手() ■足継手(敬愛 K-231-1、制御式 2 方向、あぶみ 敬愛 K-218-SS 制御式 2 方向)			
装具分類	靴 型 装 具				
製作要素	右(□患側 □健側)		左(□患側 □健側)		
	□採型 □採寸		□採型 □採寸		
	□グッドイヤー式 □マッケイ式		□グッドイヤー式 □マッケイ式		
	補高 cm(□敷き革式 □靴の補高)		脚長差 cm		
	□月型の延長 □スチールバネ入り □トウボックス補強 □鉛板の挿入 □足背バンド □マジックバンド(裏付き) ヒールの補正【□トルクヒール □ウェジヒール □カットオフヒール □キールヒール □サッチヒール □トーマスヒール □逆トーマスヒール □フレアヒール □階段状ヒール】 足底の補正【□内側ソール・ウェッジ □外側ソール・ウェッジ □デンバーバー □トーマスバー □メイトー半月バー □メタルザルバー □ハウザーバー □ロッカーバー □蝶型踏み返し】				
	完成用部品				
製作(購入)、修理、借受けに当たっての選定理由、留意点	【借受けの場合は借受期間も記入してください。】 現在使用中の SHB は屋内、屋外歩行や階段昇降等で使用しているが、経年劣化や、身体症状の変化(過緊張により内反尖足が強くなっている)等から矯正力も弱く装具の装用効果が低くなっており、使用時に痛みも出現している。このため、両側金属支柱による矯正機能の改善、2 方向継手による足関節の底・背屈をコントロールする事で、痛みの軽減と歩行の安定性を確保していく。				
使用効果見込	【本装具を装着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。】※予防、治療、訓練目的では対象になりません。 短下肢装具両側支柱型、2 方向継手(角度調整が可能)になる事で、過緊張による痛みが軽減し、歩行や階段昇降時の歩容が安定し、転倒などのリスク軽減、介護者の負担軽減、社会参加の機会増加が期待される。				
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 ()					
※ 下記の該当する項目にチェックしてください。 □ 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で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照) □ 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、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照) □ 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					

必ず、完成用部品名を記載してください

特に、継手や足部等、他の部品と比較・検討した結果、機能の違い、選定した理由、ADL や使用環境での改善効果見込み等も記載してください。

補装具費支給に関する主治医等の意見書(特殊な疾病用)

※下記の表面・裏面の□や枠欄は必ず御記入ください

氏名 静岡 太郎	○年 ○月 ○日生(○歳)
<p>障害名及び原因となった疾病・外傷名</p> <p>令和○年○月発症のパーキンソン病による両上下、体幹の機能低下がみられ、筋固縮、寡動(無動)、姿勢反射障害、動作緩慢により、座位保持が不安定であり、立位・歩行による移動が困難である。</p> <p>また、機能低下が徐々に進んでおり、<u>下肢については著しい障害○級相当</u>に該当し、移動において車いすが必要である。現在、ベッドでの生活が中心となり、離床時間が短縮し、ADL全般において介助が必要となっている。</p> <p>※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当(■する・□しない)</p>	
<p>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御記入ください。)</p> <p>パーキンソン症状による、動作緩慢、寡動(無動)、オン・オフ現象などの影響により、日内変動を生じ、日中の大半(7~8時間)において介助を要している。</p>	
必要と認める補装具	<p>補装具の種目、名称</p> <p>車椅子リクライニング手押し型</p>
	<p>【製作区分】■新規 □再製作 □修理 □借受け</p>
	<p>処方【型式、採型、採寸区分、製作要素、完成用部品等の指定及び選定理由、他部品と比較した状況、借受け期間など留意すべき事項を御記入ください。】</p> <p>座位姿勢が不安定で姿勢の崩れが大きいため、身体状況に合わせたリクライニング車いすの製作が必要である。</p> <p>また、自力での除圧が困難あり、臀部の褥瘡のリスクが高いため、クッション(ゲル・ウレタンフォーム多層構造)が必要である。</p> <p>この他、フットサポート開閉挙上式にすることで、リクランニング時の下肢の安定化や移乗時の介助量軽減を図る。</p>
	<p>使用効果見込み【処方補装具を装着・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。】</p> <p>車椅子の使用により、座位保持の安定や移動手段の確保が可能となる。また、リクライニング機能を使用することで、姿勢の崩れに対応し長時間の離床が可能となり、活動性の向上や離床時間の延長が見込まれる。</p>
<p>上記のとおり意見する。</p>	
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #ffffcc;"> <p>《 注 意 事 項 》</p> <p>○本意見書は、「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」に定められている難病等を理由として補装具費の支給を申請する場合に、主治医等に作成してもらった上で提出してください。</p> <p>○難病等に該当するのみでは補装具費の支給対象になりません。難病等により補装具が必要な身体・障がい状況に該当する場合にのみ対象となります。本意見書には、補装具が必要な身体・障がい状況について、身体障害者手帳の何級に相当するか明示した上で、その理由をできるだけ詳しく記載してください。</p> </div>	
<p>作成医師氏名 _____</p>	

《19. 補装具完成時の画像添付用紙 記載例》

記載例

【 補装具完成時の画像添付用紙 】

住 所	静岡市〇区〇 〇丁目	生年月日	昭和〇年〇月〇日
氏 名	〇 〇 〇 〇		
補装具名	車椅子普通型(オーダーメイド)	撮影日	令和〇年〇月〇日

【補装具完成後・全般の画像】

- (1) 画像の撮影方法は、「①補装具本体」と「②補装具装着時又は使用時」の2パターンを、4方向(前・後、左・右)から撮影して提出してください。
- (2) 重要箇所については、別画像として撮影し添付して下さい。
- (3) 補聴器、眼鏡、杖、歩行器について撮影方向は問いませんが、装着時又は使用時の状態を撮影してください。
- (4) 各部機能や部品・付属品等の詳細や内部構造が確認できる状況で撮影してください。

【修理・再交付申請時の画像】

- (1) 修理・再交付申請時の画像については、破損や劣化・不具合等の状況、内部構造が確認できる画像
- (2) 撮影方向や枚数については問いません。

【撮影時共通事項】

- (1) 写真又はデジタル撮影した画像を添付してください。
- (2) 画像数に対し用紙が足りない場合は、裏面をコピーして使用してください。

① 補装具本体の画像

前 方	後 方
-----	-----

① 補装具本体の画像

右側方

左側方

その他①

その他②

② 申請者補装具装着・使用時の画像

前 方

後 方

右側方

左側方

《20. お問い合わせ先一覧》

◎補装具費支給制度、費用の請求・支払に関すること

- ・静岡市 保健福祉長寿局 健康福祉部 障害者支援推進課
TEL 054-221-1098

◎補装具費支給申請や手続き、支給決定に関すること

- ・静岡市 各区福祉事務所 障害者支援課
(葵区) TEL 054-221-1099
(駿河区) TEL 054-202-5818
(清水区) TEL 054-354-2106

◎補装具費支給の審査に関すること

- ・静岡市 保健福祉長寿局 健康福祉部 地域リハビリテーション推進センター
TEL 054-249-3182

※本ガイドで使用した補装具の写真及びイラストについては、(公財)テクノエイド協会の許可を得て、補装具費支給事務ガイドブックから引用・転載しています。

【 発行 】

静岡市 保健福祉長寿局 健康福祉部 障害者支援推進課
静岡市 葵福祉事務所 障害者支援課
静岡市 駿河福祉事務所 障害者支援課
静岡市 清水福祉事務所 障害者支援課、蒲原出張所
静岡市 保健福祉長寿局 健康福祉部 地域リハビリテーション推進センター

【 発行日 】

平成 28 年 10 月 1 日 (第 1 版)
平成 30 年 3 月 8 日 (第 2 版)
平成 31 年 3 月 25 日 (第 3 版)
令和 2 年 3 月 23 日 (第 4 版)
令和 3 年 2 月 22 日 (第 5 版)
令和 4 年 3 月 9 日 (第 6 版)
令和 5 年 3 月 24 日 (第 7 版)