

補装具費支給についての意見書

(車 椅 子 用)

氏 名		生年月日	年 月 日生
障害名及び原因 となった 疾病・外傷名	発生 年 月 日 最終診断 年 月 日 * 障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (□する□しない)		
経 過 ・ 現 症	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。		
補 装 具 種類・型式・機構			
補装具の処方			
支 給 を 必 要 と す る 理 由	(右記の付属品については、<u>車椅子に付属しなければなら</u> <u>ない必要性や本人の状況</u> <u>を記載してください。)</u> ・ 搭載台（携帯会話補助装置）（人工呼吸器）（喀痰吸引器） （理由） ・ 酸素ボンベ固定装置（理由） ・ 点滴ポール（理由） ・ 栄養パック取り付け用ガードル架（理由） ・ 日よけ ・ 雨よけ（理由）		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 診療担当科 医 師 名			

※ 裏面に記入上の注意事項がありますので、ご一読のうえ記入してください。

本人の状態像、補装具の処方について、できるだけ具体的にご記入ください。
〈意見書作成にあたってのお願い〉

- 1 車椅子の対象者は、「歩行不能、あるいは実用歩行困難な者」となっています。
また、レディメイド式・モジュラー式・オーダーメイド式があり、モジュラー式・オーダーメイド式は体格・体型・障害状況がレディメイドにあわない者を対象とする。
経過・現症の欄で具体的に症状を記入してください。
- 2 車椅子の形式は以下のことを参考にして、本人の操作能力に応じたものを処方してください。
 - (1) 自走用
歩行障害があつて義肢・装具等の他の補装具によつても移動が困難な者。
 - (2) 介助用
歩行が困難な者で、上肢障害があるため手動操作が不可能であつて、移動に介助者を必要とする者。
 - (3) リクライニング機構
ア 頸髄損傷者で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で発作を防止する必要のある者。
イ リウマチ性の障害等によつて四肢・体幹に著しい運動制限・麻痺があるため、座位を長時間保つことができない。そのため、随時に仰臥姿勢をとることで、座位姿勢による生活動作の回復を図る必要がある者。
 - (4) レバー駆動型、片手駆動型
歩行困難な者で、かつ、片上肢機能に障害のある者。使用には相当の操作能力と訓練を必要とする。
 - (5) 手動リフト機構 自走用
車椅子乗降において一部介助を受けている者のうち、当該車椅子を使用することによつて自力乗降が可能となる者等、日常生活または社会生活において真に必要な者。
 - (6) ティルト機構
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。
- 3 補装具の処方欄については、本人の障害状況、操作方法、移乗方法等から、付属品等について記入してください。
- 4 支給を必要とする理由は、必ず記入してください。
- 5 内部機能障害者については、「車いすによらなければ歩行機能を代償できない」と認められる場合に限り、介護用の介助用車椅子対象となります。
なお、内部機能障害者については、意見書は別に様式を定めております。
内部機能障害者用・・・・・・・・様式6－2

お願い（必ず記入前に目を通してください）

介護保険制度の対象者は、総合支援法のサービスを受ける場合であってもまず要介護認定を受けてから、対処することになっています。

40歳以上65歳未満の障害者で、16の特定疾病に該当する方で、まだ、要介護認定を受けていない場合は、この意見書を作成しないで、市町村窓口で要介護認定の手続きをとるようにご指導下さい。