

補装具費支給についての意見書  
(車椅子用)

氏名	男 ・ 女	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。	
補装具の種類		
補装具の処方		
支給を必要とする理由	・携帯用会話補助装置(トーキングエイド)搭載台 (理由 ) ・酸素ボンベ固定装置 (理由 ) ・点滴ポール (理由 ) ・人工呼吸器搭載台 (理由 ) ・栄養パック取り付け用ガードル架 (理由 ) ・痰吸引器搭載台 (理由 )	
(右記の付属品については、車椅子に付属しなければならぬ必要性や本人の状況を記載してください。)		
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 印		

※ 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、レディメイドとオーダーメイドがあり、オーダーメイドは体格・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 車椅子の型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) 普通型  
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) 手押し型  
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) リクライニング式
    - 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) 手動リフト式普通型  
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) ティルト式  
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、介護用の手押し型車椅子対象となります。  
なお、内部障害者については、意見書は別に様式を定めております。  
心臓機能障害用・・・・・・様式6-2  
呼吸器機能障害用・・・・・・様式6-3

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。