

補装具費支給についての意見書  
( 電 動 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 ( <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 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。		
電動車椅子の 型式と処方			
支給を必要 とする理由			
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 <span style="float: right;">印</span>			

〈意見書作成にあたってのお願い〉

- 1 障害者総合支援法での電動車椅子は、原則、1人で使用するものとなっています。  
電動車椅子は、道路交通法上は歩行者として扱われるため、歩道を歩行者と共に走行したり、歩道のない道路では、道路の右側を自動車と対向して走行することになります。  
したがって、電動車椅子で安全に走行するには的確な状況理解力と判断力が必要とされます。高齢障害者あるいは知的障害合併者、脳血管障害等で障害が多岐にわたる者については、これらの能力について、具体的に記入してください。
- 2 障害者総合支援法で支給対象としている電動車椅子の型式は、(1)～(7)です。
  - (1) 普通型 (4.5 km/h 車・6 km/h 車)
  - (2) 簡易型 (切替式・アシスト式)
  - (3) リクライニング式普通型
  - (4) 電動リクライニング式普通型
  - (5) 電動リフト式普通型
  - (6) 電動ティルト式普通型
  - (7) 電動リクライニング・ティルト式普通型本人が必要とする型式の車椅子及び処方について記入してください。
- 3 支給を必要とする理由は必ず記入してください。