

補装具費支給意見書 (肢体不自由用)

住 所			
氏 名			
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳)		
障 害 名			
傷 病 名 ※原因が難病であれば疾病名の記載をお願いします。	※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)	発症 (受傷) 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
障 害 の 部 位 及 び そ の 状 況	※下記補装具を必要と認める理由が明確になるよう記載をお願いします。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の記載もお願いします。		
補装具 の名称 及び処 方	名 称		
	処 方 ( 工 作 的 所 見 )	※借受けが必要な場合はその理由が明確になるよう記載をお願いします。	
上 記 の 補 装 具 が 必 要 な 理 由 及 び 利 用 能 力 等	※借受けが必要な場合は借受期間及び効果が明確となるよう記載をお願いします。		
そ の 他 の 参 考 事 項			
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>科 医師名</p>			

様式第1号-②

補装具 種目	処 方 ※ 補装具種目欄に○印を付け、詳細を処方欄にご記入下さい。
義 肢	<ul style="list-style-type: none"> <li>・( 右 左 両側 )</li> <li>・構造 ( 殻 骨格 )</li> <li>・義足 ( 股 大腿 膝 下腿 果 足根中足 足指 )</li> <li style="margin-left: 20px;">( 差込 吸着 TSB PTB PTS KBM 有窓 )</li> <li>・義手 ( 肩 上腕 肘 前腕 手 手部 手指 )</li> <li style="margin-left: 20px;">( 装飾 能動 ハンド フック 電動式 )</li> <li>・継手等 ( )</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>
装 具	<ul style="list-style-type: none"> <li>・( 右 左 両側 )</li> <li>・下肢装具 ( 股装具 (長・短) 下肢装具 膝装具 足底装具 )</li> <li style="margin-left: 20px;">( 先股脱 内反足 ツイスター )</li> <li style="margin-left: 40px;">( 両側支柱 硬性(プラスチック) 軟性 )</li> <li>・靴型装具 ( 短靴 チャッカ靴 半長靴 長靴 ・ 整形靴 特殊靴 )</li> <li>・体幹装具 ( 頸椎 胸椎 腰椎 仙腸 側彎矯正 )</li> <li>・上肢装具 ( 肩 肘 手背屈 対立 把持 (指・逆) ナックルバンダー BFO )</li> <li>・支持部 ( )</li> <li>・継手 ( 固定 遊動 プラスチック )</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>
歩行器	<ul style="list-style-type: none"> <li>・型式 ((六・四・三・二) 輪型 固定型 交互型 )</li> <li>・腰掛け ( 有 無 )</li> <li>・付属機能等 ( サドル・テーブル 胸郭支持 骨盤支持 後方支持 )</li> <li>・商品名 ( )</li> </ul>
重度障害者 用意思伝達 装置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・区分 ( 文字等入力式 ( 会話のみ 通信機能付 環境制御機能付 ) )</li> <li style="margin-left: 20px;">( 生体现象方式 )</li> <li>・本体機種 ( )</li> <li>・スイッチ ( )</li> <li>・その他付属品等 ( )</li> </ul>
児童用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・座位保持椅子 ※付属機能 ( 机上用盤 座面への軟性内張り 車載用 )</li> <li>・起立保持具</li> <li>・頭部保持具</li> <li>・排便補助具</li> </ul>
座位保持 装置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支持部 ( モールド型 (採型・採寸) シート張り調節型 平面形状型 )</li> <li style="margin-left: 20px;">( 完成用部品 ( ) )</li> <li>・構造フレーム ( 木材・金属 完成用部品室内用 ( ) )</li> <li>・保持部品 ( 上肢 ( ) 体幹 ( ) 骨盤 ( ) 下肢 ( ) )</li> <li>・ベルト部品 ( 胸 骨盤 股 下腿 その他 ( ) )</li> <li>・その他 ( )</li> </ul> <p>※処方の詳細については、様式第1号-⑤の処方表にご記入ください。          ※車椅子(電動車椅子)に載せる場合は様式第1号-③又は④の処方表にご記入ください。</p>
車椅子 電動車椅子	<p>※様式第1号-③又は④の処方表にご記入ください。なお、電動車椅子(簡易型)については、当該処方表の③、④の両方に記載が必要となりますのでご注意ください。</p>
備 考	<p>( 申請者希望事業者 )</p>