

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、 <u>車椅子</u> に付属しなければなら ない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		

※ 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。