

補装具費支給意見書(児童)

補装具の名称			
氏名		生年月日	年 月 日(満 歳)
住所			
障害名		身体障害者手帳	種 級
障害の状況	(全体所見、合併症、筋力、関節可動域制限、歩行能力、断端の状況、ADLなど)		
補装具の使用場所・目的等			
補装具の処方内容			
処方効果			
その他			
年 月 日	病院名		
	診療科		
	医師名		

※意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者自立支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。

補装具費支給意見書(児童)の作成上の注意点

この意見書は、補装具の処方を行う際の判断の基準にさせていただくものです。
記入については以下の点を参考にしてください。

ア. 補装具の名称

車イス、座位保持装置、上肢装具、下肢装具など該当するものを書いてください。

イ. 障害名

身体障害者手帳の障害名。体幹装具は体幹機能障害と認定されている必要があります。

ウ. 障害の状況: 以下の内容を参考にお書きください。

筋力	関節可動域の制限	麻痺の回復段階
下肢の変形	脚長差(下肢長を記入する)	
立位、歩行の状況	現在使用している装具や杖の種類	
歩行の実用性(室内、屋外での自立または介助のレベル、連続歩行距離)		

※身体機能の他、精神機能や高次脳機能障害等により生活上介助が必要な状況があればお書き
ください。

※切断の場合は断端の状態(断端長、傷の有無、成熟の程度等)をお書きください。

エ. 補装具の使用場所・目的等

自宅または施設内、室内または屋外のどちらで主に使用するのか? 兼用することは可能か等お書き
ください。

目的については歩行の自立・介助軽減、移乗の安定性確保等をお書きください。

オ. 補装具の処方内容

名称、種類、必要な付属品等を記載してください。

補装具業者が決まっている場合は見積書の写しを添付してください。

カ. 処方効果

生活上可能となる動作を具体的にお書きください。

お問い合わせ先

目黒区 障害者支援課 身体障害者相談係

電話 03-5722-9850

FAX 03-3715-4424