

補装具費支給意見書(視覚障害用)

氏名		生年月日	年	月	日生(歳)
住所	区郡 市	町 村	丁目	番 (	号 方)

1 所持手帳 所持手帳の内容についてご記入をお願いいたします

所持手帳	視力障害	級	手帳交付日	年	月	日
	視野障害	級				

2 視覚障害の状況と所見 本意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします

(1)原因となった疾病・外傷名

( )

(2)視力

	裸眼	矯正
右眼	( )	( x D cyl D A )
左眼	( )	( x D cyl D A )

(3)視野 視力障害が認められればご記入の必要はありません

ゴールドマン型視野計

1) 周辺視野の評価 (I/4)

①周辺視野角度の総和がそれぞれ80度以内

右( )度 左( )度

②両眼による視野が2分の1以上欠損(はい・いいえ)

2) 中心視野の評価 (I/2)

両眼中心視野角度 ( )度

または

自動視野計

1) 周辺視野の評価(両眼開放エスターマンテスト)

両眼開放視認点数 ( )点

2) 中心視野の評価(10-2プログラム)

両眼中心視野視認点数 ( )点

(4)現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

3 補装具

(1)義眼 レディメイドについては取扱う業者が限られるため、業者に確認した上でのご処方をお願いいたします  
 オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

遮光用機能が必要な場合 品名( ) カラータイプ( ) 遮光率( )%

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合  
 掛けめがね式 品名( ) カラータイプ( ) 遮光率( )%

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

前掛式 品名( ) カラータイプ( ) 遮光率( )%

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

コンタクトレンズ装用時の視力 右[ ] 左[ ]

(5)眼鏡(弱視用)

掛けめがね式 品名( )  
 主鏡( 倍) 近用キャップ( 倍・D)  
 焦点調整式 品名等( ) 倍率又はジオプリー( 倍・D)

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(6)備考 [ ]

以上の通り、補装具の必要性を認めます。  
 年 月 日

医療機関名  
 診療担当科  
 医師名  
 電話又はFAX

該当する項目へのご確認(□の✓)をお願いいたします

◎身体障害の場合

- ・身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医
- ・障害者総合支援法第59条第1項に基づく眼科更生医療を主として担当する医師  
 登録場所 東京都 他道府県[ ]

◎難病患者等の場合 現状で視覚障害に該当することが必要です

- ・保健所の医師
- ・難病法第6条第1項に規定する指定医
- 登録場所 東京都 他道府県[ ]



4 補装具(複数支給同時申請用)

(1)義眼 レディメイドについては取扱う業者が限られるため、業者に確認した上でのご処方をお願いいたします  
 オーダーメイド 装用眼(両眼・右眼・左眼)      レディメイド 装用眼(両眼・右眼・左眼)

(2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右      mm	左      mm	

( 使用目的及び具体的な効果 )

遮光用機能が必要な場合 品名( ) カラータイプ( ) 遮光率( %)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右      mm	左      mm	

( 使用目的及び具体的な効果 )

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合

掛けめがね式 品名( ) カラータイプ( ) 遮光率( %)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右      mm	左      mm	

( 使用目的及び具体的な効果 )

前掛式 品名( ) カラータイプ( ) 遮光率( %)

( 使用目的及び具体的な効果 )

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

( 使用目的及び具体的な効果 )

コンタクトレンズ装用時の視力 右[ ] 左[ ]

(5)眼鏡(弱視用)

掛けめがね式 品名( )  
 主鏡( 倍)      近用キャップ( 倍・D)  
 焦点調整式 品名等( ) 倍率又はジオプトリー( 倍・D)

( 使用目的及び具体的な効果 )

(6)備考 [ ]

# 補装具費支給意見書(視覚障害用)作成上の留意点

## 1 意見書を作成する医師について

### (1) 身体障害の方の場合

眼科医で身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医及び障害者総合支援法第 59 条第 1 項に基づく更生医療を主として担当する医師 (以下併せて「指定医」という。)となっています。

東京都に限らず、他の道府県で登録されている場合は、意見書の作成は可能です。区市町村で登録を確認するため、意見書の署名欄横に指定医として登録されている都道府県をご記入くださるようお願いいたします。

なお、補装具費支給の対象となる補装具の範囲や支給要件は、各都道府県で若干異なっている場合があります。他道府県で指定医の登録されている場合には、特にご注意ください。

### (2) 難病患者等の方の場合

難病患者等の方々への補装具費支給意見書を作成する場合には、現状で身体障害に該当することが必要です。

また、上記の指定医に加え、①保健所の医師、②難病法第 6 条第 1 項に基づく指定医による作成も可能です。

意見書の指定欄に、①、②のいずれに該当されるのか、又ご登録されている都道府県をご記入頂くようお願いいたします。

補装具費支給制度や補装具としての眼鏡、補装具費支給意見書作成についてご不明の点があれば、区市町村の身体障害福祉担当又は東京都心身障害者福祉センター障害認定課身体障害担当(電話 03-3235-2965 内線 424)にお問い合わせください。

## 2 補装具の種目・名称等について

補装具費支給意見書に挙げられた視覚障害用補装具の種目・名称等は下記のとおりです。

(1) 義眼	レディメイド	
	オーダーメイド	
眼鏡	(2) 矯正用	遮光用機能の付加を含む
	(3) 遮光用	掛けめがね式*
		前掛式
	(4) コンタクトレンズ	
	(5) 弱視用	掛けめがね式
焦点調整式		

\*令和 2 年 4 月に厚生労働省告示により遮光用に掛けめがね式が追加されました。

視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象となります。

## 3 補装具費支給意見書について

意見書は、地域の指定医の先生方に

- ① 障害状況の確認
- ② 補装具の処方・適合及び効果の評価
- ③ 補装具の使用法の指導等

を行っていただき、補装具費の支給に必要な医学的判定を書面で行うものです。

意見書は、補装具費支給の根拠となるものなので、記載欄にもれないようにお願いいたします。

以下の場合には各区市町村の身体障害福祉担当又はセンターにまずご相談ください。

- ① 法に定められた視覚障害が認められない場合
- ② 各眼鏡の支給要件を満たさない場合
- ③ 遮光用や弱視用などの具体的な処方や適合が難しい場合

## 4 補装具費の支給対象となる補装具の数について

原則一種目一個です。眼鏡は一つの種目ですが、補装具費支給の要件を満たし、効果が認められる場合には、異

なる機能の眼鏡ごとに2つの眼鏡を支給対象とすることも可能です。

- ①屈折矯正(矯正用、コンタクトレンズ)
- ②対象像の拡大(弱視用)
- ③まぶしさの軽減(遮光用)

また、職業上又は教育上等で必要と認められる場合には、更に一つの補装具に対して補装具費の支給が可能です。二つ目の補装具が必要かの判断は、まず区市町村の補装具費支給担当部署が行います。2個目の補装具が必要と診断される場合は、まず区市町村の担当部署にご相談ください。

## 5 視覚障害の状況と所見について

視覚障害の状況は、意見書作成時に法の定める障害状態にあることや、補装具費支給の要件を満たしていること、障害状況の変化を確認するものです。

- ①「所持手帳」は、現在所持している障害者手帳の障害名と等級を記入してください。
- ②「原因となった疾病・外傷名」、「裸眼及び矯正視力」、「現症」は、必ず記入してください。
- ③「視野」については、視力障害が認められればご記入の必要はありません。

## 6 矯正用・コンタクトレンズについて

対象は視力障害であり、視野障害のみの手帳の場合には支給の対象となりません。

遠近両用のものは複数の補装具に対する支給の扱いとなるので、区市町村の補装具費支給担当部署にご相談ください。

遠用で矯正不能であっても、近見視のために近用を必要とする場合は、具体的効果を「使用目的及び効果」欄にご記入ください。

コンタクトレンズについては、装用時の矯正視力をご記入ください。また、治療用や角膜曲率矯正用のものは支給の対象となりません。

## 7 弱視用について

視力の程度にかかわらず、視対象の拡大を必要とする場合が対象と考えられます。具体的な必要性とその効果を示す結果を意見書の「使用目的及び効果」に記載又は添付してください。

掛けめがね式・焦点調整式の別及び製品名と倍率を記入してください。

特に掛けめがね式については、主鏡の倍率と近用キャップの倍率又はジオプトリーを記入してください。主鏡3倍以上の高倍率掛けめがね式の対象者は、「職業上又は教育上真に必要な人」とされています。また、拡大鏡については焦点調整式に準ずるものと考えられます。

## 8 遮光用について

遮光用レンズは、「可視光のうち一部の透過を抑制し、分光透過曲線が公表されているもの」とされているため、メーカー名、製品名、カラータイプを必ずご記入ください。

掛けめがね式については、①視力障害があり、屈折矯正が必要な場合には、補装具費支給意見書の「(2)矯正用」の欄に、②視力障害はあるが屈折矯正の必要のない場合や、視野障害の場合には「(3)遮光用」の欄へ、記載してください。

## 9 義眼とコンタクトレンズの両眼装用について

義眼とコンタクトレンズについては、両眼に装用する必要がある場合、複数支給とはしません。職業上又は教育上等の必要性を支給の要件とはしません。

## 10 署名欄等について

作成された意見書の記載内容について問い合わせをさせていただく場合がありますので、医師の署名欄には医療機関の住所・電話番号も必ずご記入ください。