

補装具費支給意見書(肢体不自由用)

住 所				
氏 名				
生 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）		
障 害 名				
傷 病 名 ※原因が難病の場合、疾病名を記載してください。		※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 ）		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 ※希望補装具を必要とする理由を明記		※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記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速な手続きが必要な理由についても記載してください。		難病患者等が 進行性疾患に ☐ 該当 ☐ 非該当 支給決定手続 ☐ 迅速 ☐ 一般
補装具 の名称 及び処 方	名 称			
	処 方 〔 工 作 的 所 見 〕			
		※型式等詳細を裏面へ記入		
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・効果を明記。				
その他の参考事項				
上記のとおり意見する。 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 診療担当科名 科 医師名				

様式第1号

処方(該当するものに○印を御記入下さい。)

補装具	詳細(必要に応じて余白に記入してください)
義肢	・(右 左 両側) ・構造(殻 骨格) ・義足 〔 股 大腿 膝 下腿 サイム 足根中足 足趾 〕 〔 差込 ライナー 吸着 PTB PTS KBM TSB 有窓 足袋 〕 ・義手 〔 肩 上腕 肘 前腕 手 手部 手指 〕 〔 能動 電動 装飾 作業 〕 ・継手等() ・その他()
装具	・(右 左 両側) (オーダーメイド レディメイド) ・下肢装具 〔 股 (長・短)下肢 膝 足 〕 〔 硬性 両側支柱 片側支柱 後方支柱 フレーム 〕 〔 ツイスター 足底装具 デニスブラウン 〕 ・靴型装具(長靴 半長靴 チャッカ靴 短靴 整形靴 特殊靴) ・体幹装具(頸椎 胸腰仙椎 腰仙椎 仙腸 側弯症) (硬性 フレーム 軟性) ・上肢装具(肩 肘 手関節 手 指 BFO) (硬性 フレーム 軟性) ・支持部() ・継手(固定 遊動 プラスチック) ・その他()
姿勢保持装置	・支持部(平面形状型 モールド型 (採型 ・ 採寸) 張り調整型) ※処方詳細は、処方表(姿勢保持装置)(様式第1号-(1))に御記入ください。 ※車椅子又は電動車椅子付きの場合は、処方表(車椅子)(様式第1号-(2))又は処方表(電動車椅子)(様式第1号(3))に御記入ください。
車椅子・電動車椅子	別紙、処方表(車椅子)(様式第1号(2))又は処方表(電動車椅子)(様式第1号(3))に御記入ください。 なお、電動車椅子(簡易型)は、同処方表の両方((2)及び(3))が必要です。
歩行器	・[六 ・ 四 ・ 三 ・ 二]輪型 固定型 交互型 ・腰掛け(付 なし) ・付属機能(サドル テーブル スリング 胸郭支持 骨盤支持 後方支持) ・商品名()
重度障害者用意思伝達装置	・文字等走査入力方式(簡易なもの 通信機能付 環境制御機能付) 生体現象方式 ・入力装置(接点式 帯電式 呼気式 視線検出式 その他) ・付属品() 機種名 _____
車載用姿勢保持装置	付属機能(上肢支え 座面への軟性内張り 頭部支え)
児童用	・起立保持具 ・排便補助具
特記事項	

希望事業者 _____