様式第６号

補装具費（購入・修理）支給意見書　　　　（その他の補装具用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | 男･女　　　　　年　　月　　日生（　　 歳） | | | | | | |
| 住　所 | |  | | | 職業 | |  | |
| 障害名 | | |  | | 等級 | | 級 | |
| 原因となった疾病・外傷名 | | | ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　（　□する　・　□しない　） | | | | | |
| 処方する補装具及び医学的所見 | | | | | | | | |
| 種  別 | 補　聴　器 | | | 遮光用眼鏡・弱視用眼鏡 | | その他 | | |
| １　高度難聴用  ２　重度難聴用  　　　　　　 　　（裏面注１） | | | １　遮光用（裏面注３）  　ａ）前掛式  　ｂ）６D未満  　ｃ）６D以上10D未満  　ｄ）10D以上20D未満  　ｅ）20D以上  ２　弱視用（裏面注４）  　ａ）掛けめがね式  　ｂ）掛けめがね式高倍率  　ｃ）焦点調節式 | | １　歩行器  ２　矯正眼鏡  ３　コンタクトレンズ  ４　義眼  ５　その他 | | |
| 形  式  等 | ３　ポケット型 　（裏面注２）  ４　耳かけ型  ５　耳あな型レディメイド  ６　耳あな型オーダーメイド  ７　骨導式ポケット型  ８　骨導式眼鏡型 | | |
| （具体的形式） | | |
| 医  学  的  所  見  等 | １　今回の聴力測定結果  　　（四分法）  　　右　　　　　ｄB  　　左　　　　　ｄB  ２　オージオメーターの形式    ３　鼓膜の状況  　　右  　　左  ４　補聴効果  　ａ）会話語がはっきり理解  　ｂ）会話語が大体理解  　ｃ）会話語はあまり理解でき  　　ないが音の識別は可能  　ｄ）会話語は全く理解できな  　　いが音の識別は可能  　ｅ）音の識別不能 | | |
| １　現症  ・外　眼　右（　　　　　）  　　　　　左（　　　　　）  ・中　間　右（　　　　　）  　透光体　左（　　　　　）  ・眼　底　右（　　　　　）  　　　　　左（　　　　　）  ２　視力  　　　裸　眼　　 矯　正  右　（　　　　）（　　　　）  左　（　　　　）（　　　　）  ３　眼鏡  右　　D　円柱C（　　軸）  左　　D　円柱C（　　軸） | | （医学的所見）(裏面注2)  イヤモールド（要・不要）  デジタル補聴器（要・不要）  ※難病患者等については、身体状況等の変動状況や日内変動等について記載すること。また、症状がより重度である状態についても記載すること。 | | |
| 使用効果見込み（裏面注５） | | | | | | | | 種目名称別コード |
|  |
| 上記のとおり意見する。  　　　　年　　月　　日  　　　　　病院又は診療所の名称  　　　　　所　　在　　地  　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |

※作成にあたっては裏面を参照してください。

（様式第６号裏面）

補装具費支給(購入・修理)意見書（その他の補装具）作成上の留意点

１　共通事項

(1)　医学的所見には、当該補装具を必要とする理由が明確となるよう記載してください。

(2)　障害名及び原因となった疾病・外傷名を必ず記載してください。

(3)　障害者総合支援法施行令に規定する疾病の場合、身体状況の変動状況、日内変動、進行状況

等について具体的に記載してください。

２　補聴器

　(1)　対象　高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者。

　　　　　　中軽度補聴器は補装具費の対象外です。

(2)　種別

原則として、等級により次のような基準としています。（注１）

①　重度難聴用　身体障害者手帳2級及び3級

②　高度難聴用　身体障害者手帳4級及び6級

(3)　型式等

対象となる要件は次のとおりです。（注２）

①　ポケット型・耳かけ型

本人の障がい状況や使用目的によりどちらか適する器種を選択してください。

②　耳あな型

　ポケット型及び耳かけ型の使用が困難で真に必要な者。

【例】　耳介の欠損や変形、皮膚炎等が著しく耳かけ型の使用が不可能

建築現場の作業等で常にヘルメットを装用

調理師等で常に油煙・湯気のある場所で働いている者

耳あな型オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等がレディメイドでは対応

不可能な者に限られます。

③　骨導式

　伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓

　又はイヤモールドの使用が困難な者。

④　FM型

　重度難聴用耳かけ型を使用する者で会議、一斉授業のように離れたところからの音声を聴

取する必要がある者。

(4)　「医学的所見」の記載について（注２）

以下の場合はその理由等を医学的所見に記載願います。

① 両耳装用を必要とする場合

② 耳あな型又は骨導式を必要とする場合

③ 耳あな型オーダーメイドを必要とする場合

④ 聴力レベルは90dB未満であるが重度難聴用を必要とする場合

⑤ イヤモールドを必要とする場合

⑥ デジタル補聴器を必要とする場合

３　遮光用眼鏡　（注３）

　支給対象は以下の用件を満たす者とします。

　(1)　視覚障害等により身体障害者手を取得している者又は障害者総合支援法施行令第１条に規

　　　定する特殊の疾病に該当する難病患者であること。

(2) 羞明を来していること。

(3) 羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療方法がないこと。

(4) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。

４　弱視用眼鏡　（注４）

　高倍率を適用する場合は、職業上または教育上真に必要な者に限られます。

５　歩行器及び座位保持椅子（注５）

　歩行器及び座位保持椅子の借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載願います。