

補装具費支給についての意見書  
(座位保持装置用)

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 年 月 日 最終診察日 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  座位保持困難な 状況を具体的に	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。	
座位保持装置処方箋	[基本価格] 頭・頸部(採寸・採型) / 上肢(採寸・採型) / 体幹部(採寸・採型) 骨盤・大腿部(採寸・採型) / 下腿・足部(採寸)  [製作要素価格] <支持部> 頭部(頭部支え) / 上肢(上肢支え・前腕、手部支え) 体幹部(平面形状型・モールド型・シート張り調節型) 骨盤・大腿部(平面形状型・モールド型・シート張り調節型) 下腿部(下腿支え) / 足部(足台) <支持部の連結> 固定(頸部・腰部・膝部・足部) 遊動(腰部・膝部・足部) 角度調節用部品(機械式・ガス圧式・電動式) <構造フレーム> (木材・金属・車いす ※車いすの場合は2枚目へ詳細をご記入ください) 借受けの場合使用期間 ( ) <付属品> 上肢保持部品 ( ) 体幹保持部品・骨盤保持部品 ( ) 下腿保持部品 ( ) ベルト部品 ( ) 支持部カバー(頭部・上肢・体幹部・骨盤、大腿部・下腿部・足部) 体圧分散補助素材(頭部・上肢・体幹部・骨盤、大腿部・下腿部・足部) その他 ( ) <調節機構> ( )  [完成用部品] ( ) ( )	
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		

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。

## 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
車椅子の型式			
車椅子の処方			
支給を必要とする理由	借受けの場合使用期間（ ）		
<p>（右記の付属品を必要とする場合は、必要な理由や本人の状況を記載してください。）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 携帯用会話補助装置（トーキングエイド）搭載台 （理由 ）</li> <li>・ 酸素ボンベ固定装置 （理由 ）</li> <li>・ 点滴ポール （理由 ）</li> <li>・ 人工呼吸器搭載台 （理由 ）</li> <li>・ 栄養パック取り付け用ガードル架 （理由 ）</li> <li>・ 痰吸引器搭載台 （理由 ）</li> </ul>		
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 診療担当科 医 師 名</p>			

※ 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。