

補装具費支給意見書（肢体不自由者用）（車椅子を除く）		
氏 名	男・女	
生 年 月 日	年 月 日	歳
住 所		
身体障害者 手帳	等 級	種 級
	障害名	
原因となった疾病・外傷名		
※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当 （□する・□しない）		
障害・疾患等の状況 （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し、迅速な手続が必要な場合は、迅速 手続が必要な理由についても記載する。）		進行性疾患： ☐ 該当 ☐ 非該当 支給決定手続： ☐ 迅速 ☐ 一般
必要と 認める 補装具	補装具の種目・名称	
	処方（注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。）	
	使用効果見込み（注：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記載する。）	
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診 療 担 当 科 名 作成医師氏名 印		

- * 直接判定を行う場合、原則事前の準備は不要。
- * 以下は再支給の際に使用する意見書の一例。

補装具費支給意見書（肢体不自由者用）（車椅子を除く）		
氏 名	栃木 太郎 男 ・女	
生年月日	〇〇年 12月 26日 〇〇歳	
住 所	栃木県宇都宮市駒生町3337-1	
身体障害者 手帳	等 級	1種 1級
	障害名	両上肢の機能の著しい障害 体幹の機能の障害により坐っていることができないもの
原因となった疾病・外傷名 脳性麻痺		
※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（ ☐ する・ ☒ しない）		
障害・疾患等の状況 （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し、迅速な手続が必要な場合は、迅速手続が必要な理由についても記載する。） 体幹機能障害により、立位・歩行不可能。 上肢機能障害のため、普通型車椅子の実用的駆動困難。 平日は毎日生活介護施設へ通所しており、施設内の移動を実施するために電動車椅子を必要とする。		進行性疾患： ☐ 該当 ☒ 非該当 支給決定手続： ☐ 迅速 ☒ 一般
必要と認める補装具	補装具の種目・名称 電動車椅子 簡易形 A 切替式	
	処方 （注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。） 電動車椅子 簡易形 A 切替式、AC サーボモーター式、電磁式ブレーキ×2、外部充電器、マイコン内蔵式バッテリー 普通型車椅子、肘掛着脱×2、背折れ、クッション（ゲルマタン）、クッション滑り止め、開閉・脱着式レッグサポート×2、転倒防止装置（キャスター折りたたみ式）	
	使用効果見込み（注：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記載する。） 効果あり	
上記のとおり意見する。		
〇〇年 4月 1日 病院又は診療所名 医療法人□□会 △△病院 所 在 地 ★★市〇〇町1234番地5 診療担当科名 リハビリテーション科 作成医師氏名 栃木 桃太郎 印		

意見書の種類は間違っていないか？
（場合により車椅子用意見書での代用も可能）

身体障害者手帳が交付されているか？

手帳の障害名が正しく記入されているか？

補装具の種目が記載されているか？

必要な付属品はすべて記入してあるか？

意見書は概ね6ヶ月以内に作成されたものか？

15条指定医で、かつ、指定を受けた種目の医師の記載かどうか？