

補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）

ふりがな		性別	生 年 月 日	年齢
氏 名		男 女	年 月 日	歳
住 所				
原傷病名	障害者総合支援法施行令で定める疾病(難病等特定疾病)に該当（ ☐ する・ ☐ しない）			
障 害 名				
障 疾 の 患 状 等 況	注1: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についても記載し、迅速手続が必要な場合はその理由についても記載する。 注2:医療機関等ですでに本装置の使用訓練等を実施している場合はその経過や状況も記載する。 難病等特定疾病に該当する場合については、以下の項目についても御記載ください。 ① 進行性疾患（☐該当・☐非該当） ② 支給決定手続（☐迅速・☐一般）※迅速の場合、ALS等難病が急速に進行するため迅速な判定が必要と認められること。 (迅速決定手続が必要な場合、市町村は調査書を作成の上、申請受付から1週間目途に京都府家庭支援総合センターに判定依頼を行うこと。)			

身体の状況	
上肢	
下肢	
言語機能(表出・理解等)	

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。)
---------------	--------------------------------------

年 月 日	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	作 成 医 師	㊞
①身体障害者福祉法第15条第1項の指定医であって、所属学会又は日本専門医機構の認定の専門医である。	はい	いいえ
②指定自立支援医療機関の医師であって、所属学会又は日本専門医機構の認定の専門医である。	はい	いいえ
③難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づく指定医である。	はい	いいえ

(注1)障害者・児(内部疾患は呼吸器・心臓機能障害に限定)については、①又は②の医師が作成してください。難病患者については、①～③のいずれかの医師が作成してください。
(注2)注1の医師による作成が困難な場合や御不明な点がある場合は、御本人のお住まいの市町村障害者福祉担当にお問い合わせください。
(注3)所属学会とは、上記障害に係る医療・リハビリテーション関係の学会をいいます。