

来所・巡回 補装具費支給意見書（車椅子・電動車椅子用）

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名				
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				
障害の状況	(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。一部特例が必要な場合はその理由を記載する。)			
	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。)			

操作・活動手段（該当するものに○印を記入してください）	
起立	可能・介助があれば可能・不能
屋内移動	可能・杖・伝い歩き・手すり・義肢・装具・車椅子・歩行器・不能
屋外移動	可能・杖・義肢・装具・車椅子・歩行器・不能
移乗	可能・半介助・全介助
車椅子操作	自走（両手・片手・片足・足のみ）・不可
利用場所	屋内・屋外・屋内外両用・学校・職場・その他（ ）

車椅子	・自走用 ・介助用
	・モジュラー式 ・オーダーメイド式 ・レディメイド式(既製品)
	・普通型 ・リクライニング機構 ・ティルト機構 ・ティルト・リクライニング機構 ・リフト機構
電動車椅子	・普通型(4.5km/h ・ 6km/h) ・簡易型(切り替え式 ・ アシスト式) ・リクライニング式普通型
	・モジュラー式 ・オーダーメイド式 ・レディメイド式(既製品)
	・普通型 ・手動リクライニング機構 ・電動リクライニング機構 ・電動ティルト機構 ・電動ティルト・リクライニング機構 ・電動リフト機構
オーダーメイドの場合は、理由を記入してください。	
※理由の例:モジュラー式では対応できないパーツが必要な理由を記載してください。(体型が大きい・小さい、座角度をつける等)	
使用効果見込み	

令和 年 月 日	医療機関名	
	所在地	
	作成医師氏名	印
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。