

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				
障害名				
障害患者等の状況	(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についても記載する。)			

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	・普通型　・手押し型　・片手駆動型　・手動リフト式普通型　・レバー駆動型
	・ティルト式（普通型・手押し型）　・リクライニング式（普通型・手押し型・片手駆動型）
	・リクライニングティルト式（普通型・手押し型）
電動車椅子	・普通型（4.5km/h・6km/h）　・簡易型A（切り替え式）・B（アシスト式）　・リクライニング式普通型
	・電動リクライニング式普通型　・電動ティルト式普通型　・電動リフト式普通型
	・電動リクライニングティルト式普通型
既製品（可・不可）不可の場合は、理由を記入してください。	
※理由の例：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		
④		
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、②又は③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。

京都府家庭支援総合センター(R4.4.1)