［様式８］　2021.04 改

補　装　具　費　支　給　意　見　書　（視覚）

ふりがな 氏　　名		年　　月　　日生 （　　歳）
居　住　地	郡・市　　町・村	
障　害　名	（　　一　　級）	
補装具の名称 又は修理項目		
医学的判定	（障害の状況） 視力：右＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 左＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （補装具を使用した効果）	
処方	矯正眼鏡、弱視眼鏡には、処方箋を添付してください。 遮光眼鏡で矯正レンズを使用する場合は、処方箋を添付してください。	

上記のとおり　　装用の必要性が認められます。

年　　月　　日

医療機関名　　医師名

所　在　地

該当する項目にチェックをお願いします。

☐　身体障害者福祉法第１５条指定医師であって認定専門医

☐　国立障害者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ学院において実施している補装具関係の適合判定医師研修会修了者

判定機関　記入欄

装用の必要性を認めます。

年　　月　　日

職名　　氏名

（注）　この様式は、視覚障害者の補装具が市町村で判定できることとなったため、その様式を例示する

ものである。