

様式3 (2)

## 補 装 具 費 支 給 意 見 書 (難病)

氏名	年 月 日生 ( 歳)
障害名及び原因となった疾病・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こと。また、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載すること)	
必要と認める補装具	補装具の種目、名称
	処 方 義肢・装具・座位保持装置・電動車椅子・車椅子については、処方箋 (採型表) を添付してください。歩行器等には、カタログ等を添付してください。
	使用効果見込み
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	

## 補装具費支給意見書記載上の注意（難病）

長野県総合リハビリテーションセンター  
更生相談室

「補装具費支給意見書」は、補装具の交付を希望する身体障がい者の利便を図るために、最寄りの身体障害者福祉法第15条指定医等であって、原則所属学会において認定されている専門医等に医学的判定をお願いするものです。難病については、都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医にも医学的判定をお願いできることになりました。

補装具費支給意見書、処方箋（採型表）及び市町村で作成する書類を基に、長野県立総合リハビリテーションセンター（更生相談所長）が総合判定を行います。

そのため、「補装具費支給意見書」によって、身体障がい者の障害状況と交付を希望する補装具の適合の状態が明らかになるよう、以下の点に留意して、記載してください。

### 1 障害名及び原因となった疾病・外傷名について

「障害者総合支援法第4条第1項の政令で定める疾病」の疾病名を記載してください。また、合併症やその他の疾病などがある場合も疾病名等を記載してください。

### 2 障害・疾患等の状況について

○症状が変化する場合は、「症状がより重度の状態」と「症状がより軽度の状態」など、どのように変化するのか具体的に記載してください。

また、症状が「どのくらいの時間・期間」で変化するのかを具体的に記載してください。

#### 【変化の例】

- ・1日の中で変動する
- ・毎日変動する
- ・急に重くなる
- ・数ヶ月（季節）で変動する
- ・天候で変わる
- 等

○症状が進行する場合は、「どのくらいの期間」で「どのような状態」になることが想定されるか、具体的に記載してください。

### 3 必要と認める補装具について（「補装具の使用効果見込み」）

#### ① 車椅子

「屋内の移動が可能となる」、「屋内外の移動が可能となる」、「介助による移動が可能となる」等、可能となる状態を記載してください。

#### ② 電動車椅子

「単独の通院が可能となる」、「単独の買い物が可能となる」、「自力で施設内の移動が可能となる」等と記載してください。

#### ③ 義肢

義肢を装着することで可能となる動作を具体的に記載してください。

#### ④ 下肢装具又は上肢装具

装具を装着することで可能となる動作若しくは障害の憎悪の予防効果について記載してください。

#### ⑤ 座位保持装置

座位保持装置を使うことで、座位を保つことのできる時間、可能となる動作について記載してください。