

山梨県補装具費支給事務取扱要領

(趣旨)

第1条 「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（平成17年法律第123号）」に基づく補装具費支給事務については、「補装具費支給事務取扱指針（平成30年3月23日障発0323第31号）（以下「指針」という。）等により取り扱うほか、この要領に定める。

(様式)

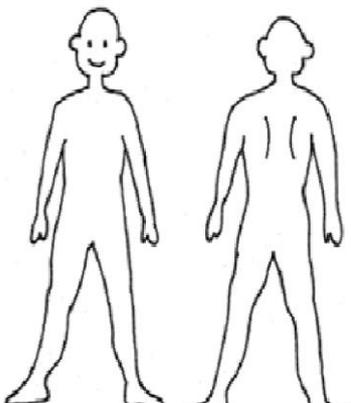
第2条 指針の施行に関し、必要な様式は次の表のとおりとする。

様式名称	様式番号	補装具の種類等
補装具費支給意見書	様式第1	(1) 義肢・装具
		(2) 車椅子・電動車椅子・姿勢保持装置
		(3) 補聴器
		(4) 重度障害者用意思伝達装置
補装具処方箋	様式第2	(1) 義手
		(2) 義足
		(3) 装具
		(4) 姿勢保持装置
		(5) 車椅子
		(6) 電動車椅子
		(7) 重度障害者用意思伝達装置
補装具費支給に係る調査書	様式第3	(1) 電動車椅子
		(2) 重度障害者用意思伝達装置
		(3) その他
補装具使用状況報告書	様式第4	車椅子・姿勢保持装置
補装具費適合判定票	様式第5	(1) 義肢・装具
		(2) 車椅子・電動車椅子・姿勢保持装置
		(3) 重度障害者用意思伝達装置

(その他)

第3条 この要領の定めがないものは、別途通知する。

附則 この要領は、令和7年4月1日から施行する。

補装具費支給意見書（義肢・装具用）																															
氏名		年	月	日生																											
住所		種別	身難戦																												
身体障害者 手帳障害名		総合等級	種 級																												
		年 月 日交付																													
原傷病名																															
難病等	・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（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない） ・進行性疾患に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない） ・進行の速度（ <input type="checkbox"/> 急速・ <input type="checkbox"/> 緩徐） ・支給手続（ <input type="checkbox"/> 迅速・ <input type="checkbox"/> 一般）																														
現在の経過	発病（受傷） 年 月 日 及び原因	年 月 日 先天性（上記以外）〔 〕 後天性〔 外傷 戦傷 業務災害 交通事故 その他（ ） 〕																													
	発病（受傷）時 の 状 態 ・ 治療経過 ・ 現 在 の 障 害 状 況	（補装具が必要な理由、難病患者等の身体症状等の変動状況や日内変動等を記載） （疾病が急速に進行することにより迅速な手続を必要とする場合はその詳細な理由を記載）																													
	入・通院の状況	入院中（退院予定 年 月頃） 通院中 在家庭																													
医学的所見	身体状況（該当するものを○で囲み、空欄に追加所見を必ず記載してください）																														
			(1) 感覚障害(左記図示) (無・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚)																												
			(2) 運動障害(左記図示) (弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他) 痙性の部位及び程度()																												
			(3) 四肢欠損等、形態異常 無・有(部位・程度)																												
			(4) 変形：無・脊柱・上肢・下肢 (部位・程度)																												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">x</td> <td>変形</td> <td style="background-color: black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td>切離断</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc; width: 15px; height: 15px;"></td> <td>感覚障害</td> <td style="background-color: #e0e0e0; width: 15px; height: 15px;"></td> <td>運動障害</td> </tr> </table>		x	変形		切離断		感覚障害		運動障害	(5) 関節可動域制限 無・有(部位・角度)																				
x	変形		切離断																												
	感覚障害		運動障害																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">右</th> <th style="width: 70%;">上肢長</th> <th style="width: 10%;">cm</th> <th style="width: 10%;">左</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>下肢長</td> <td>cm</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>上腕周径</td> <td>cm</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>前腕周径</td> <td>cm</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>大腿周径</td> <td>cm</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>下腿周径</td> <td>cm</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>握力</td> <td>kg</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		右	上肢長	cm	左		下肢長	cm			上腕周径	cm			前腕周径	cm			大腿周径	cm			下腿周径	cm			握力	kg		(6) その他	
右	上肢長	cm	左																												
	下肢長	cm																													
	上腕周径	cm																													
	前腕周径	cm																													
	大腿周径	cm																													
	下腿周径	cm																													
	握力	kg																													

様式第1(2)

補装具費支給意見書（車椅子・電動車椅子・姿勢保持装置用）				
氏名			年	月 日生
住所			種別	身難戦
身体障害者 手帳障害名			総合等級	種 級
			年 月 日交付	
原傷病名				
難病等	・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（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない） ・進行性疾患に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない） ・進行の速度（ <input type="checkbox"/> 急速・ <input type="checkbox"/> 緩徐） ・支給手続（ <input type="checkbox"/> 迅速・ <input type="checkbox"/> 一般）			
現在の経過	発病（受傷） 年 月 日 及び原因	年 月 日 先天性（上記以外）〔 〕 後天性〔 外傷 戦傷 業務災害 交通事故 その他（ ） 〕		
	発病（受傷）時 の 状 態 ・ 治 療 経 過 ・ 現 在 の 障 害 状 況	（補装具を必要と認める理由、難病患者等の身体症状等の変動状況や日内変動の状況等を記載） （疾病が急速に進行することにより迅速な手続を必要とする場合はその詳細な理由を記載）		
	入・通院の状況	入院中（退院予定 年 月頃） 通院中 在家庭		
	来所困難な 医学的理由			
日常生活活動の様子				
(1)座位保持能力	背もたれ不要 要背もたれ 要シートベルト 座位保持不可			
(2)座位耐久時間	6時間以上 3～6時間 30分～3時間 30分以内			
(3)車いすの一日の乗車時間	6時間以上 3～6時間 30分～3時間 30分以内			
(4)車いすの操作方法	両手 両足 片手(右・左) 片足(右・左) 介助			
(5)車いすの自走	可（ m） 要支援 不可			
(6)座りなおし・除圧	可 プッシュアップ等により除圧可 不可			
(7)体幹の変形・傾き	無・有(側弯・後弯・前弯・円背)→(側方・前方・後方)に傾く			
(8)感覚障害・痛み	無・有(軽度・重度・脱失)→部位(腰部・背部・臀部・上肢・肩)			
(9)褥瘡	無・有(部位) 既往有(部位) 発赤有(部位)			
(10)発作・めまい(起立性低血圧等)	無・有(回/日・週・月)→(病名)			
(11)立位保持	自立 要手すり 介助により可 不可			
(12)移乗	自立 要手すり 一部介助 全介助			
(13)-1装具の使用の有無	無・有(歩行可 ・ 不可)			
(13)-2装具の種類	()			
(14)他障害(知的障害・高次脳機能障害等)	無・有()			
(15)その他(上記以外の状況)	()			

補装具支給の状況	新規支給	再支給（前回支給	年	月
現在使用の補装具名				
補装具費支給に対する意見	①新規もしくは再支給の場合			
	日常生活に意思伝達装置が必要な理由			
	意思伝達装置の使用効果見込みと実用性			
	意思伝達装置の操作源とする部位	<small>※複数の操作源が想定される場合は複数チェックしてください。 その上で、現時点で最も操作に適している部位を【 】内に記載してください。</small> <input type="checkbox"/> 上肢・部位() <input type="checkbox"/> 下肢・部位() <input type="checkbox"/> 体幹・部位() <input type="checkbox"/> 頭頸部・部位() <input type="checkbox"/> 視線 <input type="checkbox"/> 呼気 <input type="checkbox"/> 脳波・脳血流 <input type="checkbox"/> その他() →（複数選択の場合）最も操作に適した部位【 】		
	必要とする本体の方式 (1つにチェック)	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 <small>※文字盤またはシンボル等の選択により、意思を表示するもの 装置を使用し環境設定や通信機能を利用することも可能</small> <input type="checkbox"/> 生体現象方式 <small>※脳波や脳の血流等を利用して「はい・いいえ」を判定するもの</small>		
	【文字等走査入力方式のみ】 必要とする本体の機能 (1つにチェック)	<input type="checkbox"/> 高度な環境制御機能 <small>※意思伝達装置を通してテレビやエアコン等複数の機器を操作する機能 自分で環境を整えることが可能になるが、十分な判断操作能力を要する</small> <input type="checkbox"/> 通信機能 <small>※メール等の通信機能により遠隔地の相手に生成した文章を送付する機能 文字表示欄が多く定型句等の機能が豊富な特徴をもつ</small>		
	②修理の場合			
	修理が必要な理由			
	③借受けの場合			
	借受けが必要な理由			
借り受け期間	本体の借受け期間（ ～ ）			
上記のとおりです。 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 診療科名 科 指定医師名 山梨県障害者相談所長 殿				

（注1）意見書の作成は、身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師であること。難病患者等については、前記医師等のほか、都道府県が指定する難病支援医療拠点病院又は難病医療協力病院において、主に難病治療に携わる医師であること。

（注2）別途、必要とする補装具の「処方箋」・「見積書」を添付すること。

（注3）参考【チェック済みチェックボックス☑】。

様式第2(1)

義手 処方箋 (新規・再交付・借受け・修理)

氏名		生		歳	
住所		電話		職業	
切断部位		右・左・両		断端長 cm	
医学的所見 (処方上重要な点)					
構造	殻構造	骨格構造	採型区分	A-()	
処方義手	肩(肩甲胸郭間)	上腕 肘 前腕	手 手部	手指	
型式	能動式	電動式	その他(装飾用・装飾用以外)		
加算要素	肩甲胸郭間切断用	吸着式	顎上懸垂式	スプリットソケット	
	チェックソケット	肩義手用修正	その他		
ソケット材質	皮革	熱硬化性樹脂	熱可塑性樹脂	アルミニウム	その他
ソフトインサート (ライナー)	皮革	軟性発泡樹脂	ライナー	無	その他
支持部	熱硬化性樹脂		熱可塑性樹脂	骨格構造用	
義手用ハーネス 断端袋	胸郭バンド式	肩たすき	8字ハーネス	9字ハーネス	
	たわみ式肘継手	Yストラップ	上腕カフ(三頭筋パッド)	断端袋	
外装	皮革	プラスチック	塗装	骨格構造用	
肩継手	隔板式	屈曲・外転式	ユニバーサル式	その他	
肘継手	硬性たわみ式	ヒンジ式(単軸・多軸・倍動)		ブロック式(能動・手動)	
	単軸式(固定・軸摩擦)	作業用幹部式		その他	
手継手	面摩擦式	軸摩擦式	迅速交換式	屈曲式	
	手部コネクタ	作業用幹部式	その他		
手先具	能動(ハンド・フック)	装飾ハンド	装飾手袋	作業用	その他
その他	ライナーロックアダプタ	手先具芯入り	面ファスナー取付け	その他	
特記事項(指示) 【借受けが必要な場合は、必要な完成用部品名・理由・期間】					
処方	年	月	日	仮合わせ	年 月 日
医師氏名					
採型	年	月	日	適合判定	年 月 日

事業者名()

義足 処方箋 (新規・再交付・借受け・修理)

氏名		生			歳		
住所		電話			職業		
切断部位		右・左・両			断端長 cm		
医学的所見 (処方上重要な点)							
構造	殻構造		骨格構造		採型区分	B-()	
処方義足	股	大腿	膝	下腿	サイム	足根中足	足趾
ソケット		差込式 ライナー式 吸着式	差込式 ライナー式 吸着式	差込式 PTB PTS KBM TSB	差込式 有窓式	足袋式 下腿部支持式	
	片側骨盤切断	坐骨収納型	大腿支柱付き				
加算要素	チェックソケット エアクッションソケット		二重式ソケット ダイレクトソケット	カーボンストックネット 股義足の土台積層	キップシャフト その他		
ソケット材質	熱硬化性樹脂		熱可塑性樹脂	木製	皮革	その他	
ソフトインサート (ライナー)	皮革	軟性発泡樹脂	フェルト	シリコーン	ライナー	無	
支持部	木製	熱硬化性樹脂		軟性発泡樹脂		骨格構造用	
義足懸垂用部品 断端袋	懸垂帯一式		シレジアバンド		肩吊り帯		腰バンド
	横吊帯	義足用股吊帯一式		大腿コルセット一式		PTBカフベルト一式	
	吸着バルブ	ライナーロックアダプタ		断端袋		その他	
外装	皮革	プラスチック	塗装	表革	裏革	リアルソックス	骨格構造用
股継手	カナダ式		ロック式	ヒンジ式		その他	
膝継手	単軸		安全膝		多軸		
	遊動式		ロック式		空圧・油圧・コンピュータ制御		
	スプリング		ヒンジ式		その他()		
足継手(足部)	単軸	多軸	SACH(固定)	サイム足	装飾足袋	その他	
その他	ターンテーブル		トルクアブソーバー		懸垂ベルト(スリーブ等)		
	プレッシャーパッド		先ゴム		その他()		
特記事項(指示)【借受けが必要な場合は、必要な完成用部品名・理由・期間】							
処方 医師氏名	年 月 日			仮合わせ 年 月 日			
採型	年 月 日			適合判定 年 月 日			

事業者名()

体幹装具			上肢装具		
支持部	1. 頰椎	a) 硬性(支柱付き・支柱なし) b) フレーム c) カラー(あご受けあり・なし)	継手	1. 肩継手	a) 固定 b) 遊動 c) 肩回旋装置
	2. 胸腰仙椎	a) 硬性(支柱付き・支柱なし) b) フレーム c) 軟性		2. 肘継手	a) 固定 b) 遊動 c) プラスチック
支持部	3. 腰仙椎	a) 硬性(支柱付き・支柱なし) b) フレーム c) 軟性	支持部	3. 手継手	a) 固定 b) 遊動 c) プラスチック
	4. 仙腸	a) 硬性(支柱付き・支柱なし) b) フレーム c) 軟性 d) 骨盤帯(芯あり・なし)		4. MP継手	a) 固定 b) 遊動
	5. 骨盤	a) 皮革 b) 硬性		5. IP継手	a) 固定(硬性・フレーム) b) 遊動 c) 鋼線支柱
	6. その他	a) サンドイッチ構造 b) ()		1. 胸郭支持部	a) 硬性 b) フレーム
その他の加算要素	1. 体幹装具 付属品	a) 高さ調整 b) ターンバックル c) 腰部継手 d) バタフライ e) 肩ベルト f) 会陰ひも g) 腹部エプロン h) 斜頸枕	その他の加算要素	2. 骨盤支持部	a) 硬性 b) フレーム
	2. 側弯症装具 付属品	a) ミルウォーキー型付属品一式 b) 胸椎パッド c) 腰椎パッド d) ショルダーリング e) 腋窩パッド f) ネックリング g) 胸郭バンド h) アウトリガー i) 支柱(前方・後方・側方)		3. 上腕支持部	a) 半月 b) 皮革等 1) カフベルト 2) 上腕コルセット
	3. 内張り	a) 頰椎 b) 胸腰仙椎 c) 腰仙椎 d) 仙腸		4. 前腕支持部	a) 半月 b) 皮革等 1) カフベルト 2) 前腕コルセット
	4. その他	()		5. 手部背側パッド	a) 硬性 b) フレーム
				6. 手掌パッド	a) 硬性 b) フレーム
				a) 肘サポーター(支柱付き・支柱なし) b) 基節骨パッド(硬性・フレーム) c) 中・末節骨パッド(硬性・フレーム) d) 対立バー e) Cバー f) アウトリガー g) 伸展・屈曲補助バネ h) 肘当て i) ターンバックル j) フレクサーヒンジ k) 内張り(上腕・前腕・手部) l) その他()	
レディメイド(既製品装具)					
1. 対象部位	【 】		2. 種類	【 】	
3. 名称	【 】		4. メーカー名	【 】	
指示事項 【借受けが必要な場合は、必要な完成用部品名・理由・期間】			追加・変更事項(年月日記入)		
処方	年	月	日	仮合わせⅠ	年 月 日
医師氏名				仮合わせⅡ	年 月 日
				仮合わせⅢ	年 月 日
採型	年	月	日	適合判定	年 月 日

※ 1. 装具の略図を描き、必要に応じて説明をつける。
 ※ 2. 「その他」にチェックした時は、必ず処方の詳細を記述する。
 ※ 3. パーツの寸法・材質・色等、特に指定する時は記述する。
 ※ 4. 半月の形・位置、コルセットの形状、止めに用いるバンド、
 その他特別な材料等は図示または記述する。

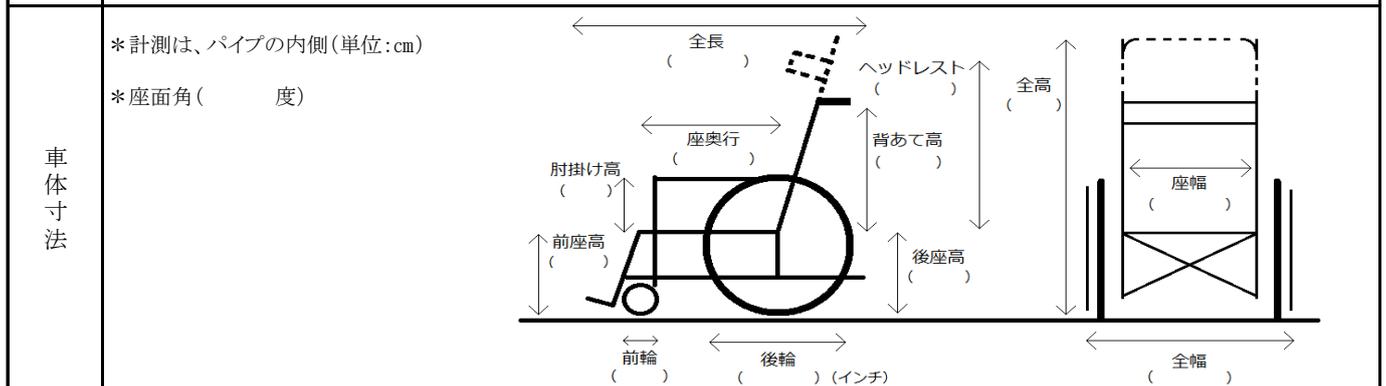
姿勢保持装置 処方箋 (新規・再交付・借受け・修理)

氏名				生	歳
住所		電話		職業	
病名				身長	cm
医学的所見 (処方上重要な点)				体重	kg
区分	1. 頭・頸部 採寸 ・ 採型 2. 上肢 採寸(右・左) 採型(右・左) 3. 体幹部 採寸 ・ 採型 4. 骨盤・大腿部 採寸 ・ 採型 5. 下腿・足部 採寸(右・左)				
支持部	1. 頭部 a) 頭部支え b) 完成用部品 () 2. 上肢 a) 上肢支え(右・左) b) 前腕・手部支え(右・左) 3. 体幹部 a) 平面形状型 b) モールド型(採寸・採型) c) シート張り調節型 d) 完成用部品 () 4. 骨盤・大腿部 a) 平面形状型 b) モールド型(採寸・採型) c) シート張り調節型 d) 完成用部品 () 5. 下腿部 a) 下腿支え(右・左) 6. 足部 a) 足台(右・左) b) 完成用部品 () 7. フレックス構造加算 a) 部位 () 8. 支持部ベース(完成用部品) () 9. 支持部調整用部品 a) 部位 () b) 部品名 () (完成用部品) () () () () () () () () 10. その他の完成用部品 () () () ()				
支持部の連結(継手)	1. 頸部 a) 固定 b) 完成用部品() 2. 腰部 a) 固定(右・左) b) 遊動(右・左) c) 完成用部品() 3. 膝部 a) 固定(右・左) b) 遊動(右・左) 4. 足部 a) 固定(右・左) b) 遊動(右・左) 5. 角度調整用部品 a) 機械式 ㊦ 腰部(本) ㊧ 膝部(本) ㊨ 足部(本) b) ガス圧式 ㊦ 腰部(本) ㊧ 膝部(本) ㊨ 足部(本) c) 電動式 ㊦ 腰部(本) ㊧ 膝部(本) ㊨ 足部(本) 6. その他の完成用部品 () () () () (継手・固定金具等) () () () ()				
構造フレーム	1. 材質 a) 木材 b) 金属 2. 機構の付加 a) ティルト機構(機械式・ガス圧式・電動式) b) 昇降機構(機械式・ガス圧式・電動式) 3. 車椅子としての機能 ※リクライニング、ティルト、ティルト・リクライニングに限り車椅子側の機構を優先 a) 車椅子 1) 本体機構 (自走用・介助用) 2) 機構加算 (リクライニング / ティルト / ティルト・リクライニング / リフト) b) 電動車椅子 1) 本体機構 (標準形・簡易形) 2) 機構加算 (手動リクライニング / 電動リクライニング / 電動ティルト 電動ティルト・リクライニング / 電動リフト) ※控除箇所(姿勢保持装置として製作する部分と重複する部分) [シート バックサポート フット・レッグサポート フットサポート アームサポート その他 ()] 4. 完成用部品(構造フレーム) a) 屋内用小車輪のみ () b) 屋内構造フレーム用部品 () c) 屋外用大車輪あり ()				

付 属 品	1. カットアウトテーブル	a) テーブル	b) 表面クッション張り	
		c) テーブル取付部品(右・左)	d) 完成用部品 ()	
	2. 上肢保持部品	a) アームサポート(右・左)	b) 肘パッド(右・左)	
		c) 縦型グリップ(右・左)	d) 横型グリップ(右・左)	
		e) 完成用部品 ()		
	3. 体幹保持部品	a) 頭頸部パッド	b) 肩パッド(右・左)	c) 胸パッド
		d) 胸受けロール	e) 体幹パッド(右・左)	f) 腰部パッド
		g) 完成用部品 ア) 部位 ()	イ) 部品名 ()	
			()	()
	4. 骨盤保持部品	a) 骨盤パッド(右・左)	b) 殿部パッド	
	5. 下腿保持部品	a) 内転防止パッド	b) 外転防止パッド(右・左)	c) 膝パッド(右・左)
	d) 下腿保持パッド(右・左)	e) 足部保持パッド(右・左)		
	f) 完成用部品 ア) 部位 ()	イ) 部品名 ()		
		()	()	
6. ベルト部品	a) 肩ベルト(右・左)	b) 腕ベルト(右・左)	c) 手首ベルト(右・左)	
	d) 胸ベルト	e) 骨盤ベルト	f) 股ベルト	
	g) 大腿ベルト(右・左)	h) 膝ベルト(右・左)	i) 下腿ベルト(右・左)	
	j) 足首ベルト(右・左)	k) 完成用部品 ア) 部位 ()	イ) 部品名 ()	
		()	()	
7. 支持部カバー	a) 頭部			
	b) 上肢 (右・左)			
	c) 体幹部	ア) 平面形状型	イ) モールド型	
			ウ) 張り調節型	
	d) 骨盤・大腿部	ア) 平面形状型	イ) モールド型	
			ウ) 張り調節型	
	e) 下腿部 (右・左)			
	f) 足部 (右・左)			
	g) 脱着式 (頭部・上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部)			
	h) 防水加工			
	i) 完成用部品 ア) 部位 ()	イ) 部品名 ()		
		()	()	
8. 内張り	a) アームサポート(右・左)	b) テーブル		
9. 体圧分散補助素材	a) 頭部	b) 上肢(右・左)	c) 体幹部	
	d) 骨盤・大腿部	e) 下腿部(右・左)	f) 足部(右・左)	
10. キャスタ	a) 標準 (個)	b) 多機能 (個)		
11. その他	a) 介助用グリップ(右・左)	b) ストッパー(右・左)	c) 高さ調整用台座	
	d) 小部品(完成用部品) ()		()	
調 節 機 構	1. 高さ調節	a) 頭部支持部	b) 体幹支持部	c) 骨盤・大腿支持部
		d) 足部支持部(右・左)	e) アームサポート(右・左)	
	2. 前後調節	a) 頭部支持部	b) 骨盤・大腿支持部	c) 足部支持部(右・左)
	3. 角度調節	a) 頭部支持部	b) テーブル	
	4. 脱着機構	a) 体幹パッド(右・左)	b) 骨盤パッド(右・左)	c) 膝パッド(右・左)
	d) アームサポート(右・左)	e) 内転防止パッド		
5. 開閉機構	a) アームサポート(右・左)	b) 足部支持部(右・左)		
特 記 事 項	【借受けが必要な場合は、必要な完成用部品名・理由・期間】			
処 方	年 月 日	医師氏名		
適合判定	年 月 日			

付 属 品	1. クッション (カバー付き)	a) 平面形状 b) モールド c) 姿勢保持装置 完成用部品 () ア) ゲル素材 イ) 多層構造・立体編物 ウ) 滑り止め加工 エ) 防水加工
	2. 座板	a) 座板 b) クッション一体型
	3. 背クッション	a) 背クッション b) 滑り止め加工
	4. ヘッドサポート	a) 着脱式(枕含む) (オーダーメイド・レディメイド) b) マルチタイプ(枕含む) (オーダーメイド・レディメイド) c) 枕(オーダーメイド・レディメイド)
	5. フットサポート	a) ヒールループ(右・左) b) アンクルストラップ(右・左) c) ステップカバー(右・左)
	6. テーブル	a) テーブル b) テーブル取付部品(右・左)
	7. 転倒防止装置	a) パイプ(右・左) b) キャスタ付き(右・左) c) 折りたたみ構造(右・左)
	8. 搭載台	a) 呼吸器 b) 痰吸引器 c) 携帯用会話補助装置
	9. 車載固定用部品	()箇所
	10. 杖たて	a) 一本杖(右・左) b) 多脚つえ(右・左)
	11. ハンドリム	a) 滑り止め(右・左) b) ノブ付き(右・左) c) 垂直ノブ(右・左)
	12. その他	a) 酸素ボンベ固定装置 b) 栄養パック取付用ガードル架 c) 点滴ポール d) 日よけ e) 雨よけ f) 泥よけ(右・左) g) スポークカバー(右・左) h) リフレクタ ()個 i) 高さ調整式手押しハンドル j) ブレーキ延長レバー(右・左)
	13. 姿勢保持装置部品	k) カットアウトテーブル (+ 表面クッション張り) l) 姿勢保持部品 (肘・頭頸部・肩・胸・胸受けロール・体幹・腰部 骨盤殿部・内転防止・外転防止・膝・下腿保持・足部保持) m) ベルト (肩・腕・手首・胸・骨盤・股・大腿・膝・下腿・足首) n) 完成用部品 () () () ()

特 記 事 項	【借受けが必要な場合は、必要な完成用部品名・理由・期間】
------------------	------------------------------



処方	年 月 日	医師氏名	適合	年 月 日
----	---	------	----	---

電動車椅子 処方箋 (新規・再交付・借受け・修理)

氏名					生		歳		
住所					電話			職業	
身長	cm	体重	kg	主な使用場所	屋内・屋外	移乗	自立・半介助・介助		
病名				医学的所見 (処方上重要な点)					
型式	1. モジュール式		2. オーダーメイド		3. レディメイド				
基本区分	1. 標準(上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部)				2. 標準 + 頭頸部				
標準形	1. 電動機構		a) 低速用		b) 中速用				
	2. 機構加算		a) 手動リクライニング		b) 電動リクライニング		c) 電動ティルト		
			d) 電動ティルト・リクライニング		e) 電動リフト				
簡易形	1. 電動機構		a) 切替式		b) アシスト式				
	2. 車椅子部分		a) 自走用		b) 介助用				
	3. 機構加算		a) リクライニング		b) ティルト		c) ティルト・リクライニング		
					d) リフト				
構造部品	1. 操作ボックス		a) 標準操作ボックス						
	2. 操作レバー		a) 感度調整ジョイスティック(標準)				ア) ばね圧変更		
	3. スイッチ		a) 標準スイッチ				ア) スイッチ延長		
	4. バッテリー		4-1. 標準形		a) シールドバッテリー(標準)		b) リチウムイオンバッテリー		
			4-2. 簡易形		a) リチウムイオンバッテリー(標準)		b) ニッケル水素バッテリー		
	5. シート		a) スリング式(標準)		b) 張り調整式		c) 板張り式		
			ア) 奥行調整						
	6. バックサポート		a) スリング式(標準)		b) 張り調整式				
			ア) ワイドフレーム		イ) 延長(頭頸部まで)		ウ) 高さ調整		
			エ) 背座角度調整		オ) 背折れ				
	7. フット・レッグサポート		a) 固定式(標準)		b) 挙上式(右・左)		c) 着脱式(右・左)		
			d) 開閉着脱式(右・左)		e) 挙上・開閉着脱式(右・左)				
			ア) レッグベルト全面張り						
	8. フットサポート		a) セパレート式(標準)		b) セパレート式(二重折込式)		c) 中折式		
ア) 前後調整(右・左)			イ) 角度調整(右・左)		ウ) 左右調整(右・左)		エ) 金属製フットサポート		
9. アームサポート		9-1. フレーム一体型		9-2. 独立型					
		a) 固定式		b) 跳ね上げ式(右・左)		c) 着脱式(右・左)			
		ア) 高さ調整(右・左)		イ) 角度調整(右・左)					
		ウ) アームサポート幅広(右・左)		エ) アームサポート延長(右・左)前方					
10. ブレーキ		a) 電動又は電磁ブレーキ(標準)		b) 介助用ブレーキ		c) フットブレーキ			
11. 駆動輪・主輪		a) 固定式(標準)		b) 着脱式		c) 車軸位置調整		d) キャンバー角度変更	
12. タイヤ		a) エア(標準)		b) ノーバンク					
13. キャスター		a) エア(標準)		b) ノーバンク		c) ソリッド		d) 衝撃吸収タイプ	
14. ハンドリム		a) プラスチック(標準)		b) ステンレス(右・左)		c) アルミ(右・左)			
		ア) ピッチ30mm以上		イ) 片手駆動					

付属品	1. 電動車椅子用付属品	a) パワーステアリング b) クライマーセット c) 手動スイングアーム d) 電動チンコントロール一式 e) 手動チンコントロール一式
	2. 多様入力 コントローラ等	a) 非常停止スイッチボックス b) 4方向スイッチボード c) 8方向スイッチボード d) 小型ジョイスティックボックス e) フォースセンサ f) 足用ボックス g) 簡易1入力
	3. ジョイスティックノブ	a) レバーノブ各種形状1 (小ノブ・球ノブ・こけしノブ) b) レバーノブ各種形状2 (Uノブ・十字ノブ・ペンノブ・太長ノブ・T字ノブ・極小ノブ)
	4. クッション (カバー付き)	a) 平面形状 b) モールド c) 姿勢保持装置 完成用部品 () ア) ゲル素材 イ) 多層構造・立体編物 ウ) 滑り止め加工 エ) 防水加工
	5. 座板	a) 座板 b) クッション一体型
	6. 背クッション	a) 背クッション b) 滑り止め加工
	7. ヘッドサポート	a) 着脱式(枕含む) (オーダーメイド・レディメイド) b) マルチタイプ(枕含む) (オーダーメイド・レディメイド) c) 枕 (オーダーメイド・レディメイド)
	8. フットサポート	a) ヒールループ(右・左) b) アンクルストラップ(右・左) c) ステップカバー(右・左)
	9. テーブル	a) テーブル b) テーブル取付部品(右・左)
	10. 搭載台	a) 呼吸器 b) 痰吸引器 c) 携帯用会話補助装置
	11. 車載固定用フック	()箇所
	12. 杖たて	a) 一本杖(右・左) b) 多脚つえ(右・左)
	13. ハンドリム	a) 滑り止め(右・左) b) ノブ付き(右・左) c) 垂直ノブ(右・左)
	14. その他	a) 酸素ボンベ固定装置 b) 栄養パック取付用ガードル架 c) 点滴ポール d) 日よけ e) 雨よけ f) 泥よけ(右・左) g) スポークカバー(右・左) h) リフレクタ ()個 i) 高さ調整式手押しハンドル(右・左) j) ブレーキ延長レバー(右・左)
	15. 姿勢保持装置部品	k) カットアウトテーブル (+ 表面クッション張り) l) 姿勢保持部品 (肘・頭頸部・肩・胸・胸受けロール・体幹・腰部 骨盤殿部・内転防止・外転防止・膝・下腿保持・足部保持) m) ベルト (肩・腕・手首・胸・骨盤・股・大腿・膝・下腿・足首) n) 完成用部品 () () () ()

車体寸法	<p>*計測は、パイプの内側(単位:cm) *座面角()度</p>	特記事項	【借受けが必要な場合は、必要な完成用品名・理由・期間】

処方	年	月	日	医師氏名	適合	年	月	日
----	---	---	---	------	----	---	---	---

重度障害者用意思伝達装置 処方箋（新規・再交付・借受け・修理）

氏名		年	月	日生	歳	
住所		電話				
原傷病名						
医学的 所見	【処方上、事業者に伝達すべき重要な点を記載してください】					
本体の名称 製品名	<p>【いずれか1つをチェックしてください】</p> <p>※高度な遠隔制御機能と通信機能の両方が必要な場合は、「高度な遠隔制御機能が付加されたもの」にチェック ただし、製品の機能を記載するものではなく、あくまでも本人にとっての必要性により判断すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 文字等走査入力方式 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 環境制御及び通信機能が付加されていないもの <input type="checkbox"/> 簡易な環境制御機能が付加されたもの <input type="checkbox"/> 高度な環境制御機能が付加されたもの <input type="checkbox"/> 通信機能が付加されたもの ・ <input type="checkbox"/> 生体现象方式 <p>【製品名を記載】()</p>					
本体の 固定台	<p>【必要に応じて】</p> <p>1 <input type="checkbox"/>アーム式 2. <input type="checkbox"/>テーブル置き式 3 <input type="checkbox"/>自立スタンド式</p>					
入力装置固定具 (スイッチの固定)	<p>【必要に応じて】</p> <p>※視線検出式入力装置を同時に支給する場合は既に付属されているため併給は原則不可(チェックしない)</p> <p><input type="checkbox"/> 入力装置(スイッチ)の固定具</p>					
呼び鈴	<p>【必要に応じて】</p> <p>※呼び鈴分岐装置は視線検出式入力装置との併給は原則不可</p> <p><input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置</p>					
入力装置 (スイッチ)	<p>【いずれか1つをチェックしてください】</p> <p><input type="checkbox"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 帯電式(タッチ式) <input type="checkbox"/> 帯電式(ピンタッチ式)</p> <p><input type="checkbox"/> 筋電式 <input type="checkbox"/> 光電式 <input type="checkbox"/> 呼気式(吸気式)</p> <p><input type="checkbox"/> 圧電素子式 <input type="checkbox"/> 空気圧式 <input type="checkbox"/> 視線検出式</p>					
本人が必要とする 付属品	<p><input type="checkbox"/> プリンタ</p> <p><input type="checkbox"/> 遠隔制御装置 (<input type="checkbox"/> 本体機能に組み込まれているもの <input type="checkbox"/> 別途装置を有するもの)</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>					
借受け	本体の借受期間(~)					
追加・特記事項						
処方	年	月	日	医師氏名		
適合判定	年	月	日			

様式第3(1)

補装具費支給に係る調査書

※調査は本人が補装具を実際に使用する環境で行うこと、坂や路面の凸凹等も確認すること

種 目	電動車椅子		
援護市町村			
対象者	年 月 日生 (歳)		
調査日時 場 所	年 月 日 ()		時 分 ~ 時 分
使用目的 <small>(使用場面・頻度等)</small>	場所:		
車椅子の所持	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> 不所持 <input type="checkbox"/> その他		
車椅子普通型の操作	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可能 → <input type="checkbox"/> 平坦路のみ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不可		
試乗状況	年 月 日 ~ 年 月 日 試乗した回数・時間等: 計 回 / 時間程度 試乗した場所: 機種:		
操作能力 <small>(生活環境でのデモの様子から操作状況を記載してください)</small>	スイッチ・ノブの操作: 状況に応じた速度調節: 状況に応じた発進・停止: 直進 (直線): 直進 (蒲鉾): 直進 (片傾斜道路): S字・クランク走行: 坂道走行: 広さに応じた旋回: 溝・段差越え走行: 溝等の危険回避:		
身体状況 <small>(傷病名・身体機能・経管栄養・気管切開・人工呼吸器・知的障害の有無等)</small>	傷病名: 身障手帳: (種 級) 療育手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () → 交通規則の理解・遵守 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 視力障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 安全走行への支障 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 視野障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 安全走行への支障 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 聴力障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 安全走行への支障 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり		
環境 <small>(住宅環境・使用環境・周囲の理解等)</small>			
支援者等のサポート状況 <small>(家族構成・機器の基本的理解含む)</small>			
市町村所見			
記録者 所属 職 氏 名			同行者 職氏名

様式第3(2)

補装具費支給に係る調査書

※本人や家族・支援者から状況を確認し記載すること、とくに社会的状況の調査及び評価を行うこと

種 目	重度障害者用意思伝達装置		
援護市町村			
対象者	年 月 日生 (歳)		
調査日時 場 所	年 月 日 ()		時 分 ~ 時 分
使用目的 <small>(使用場面・頻度等)</small>			
身体状況 <small>(傷病名・身体機能・経管栄養・気管切開・人工呼吸器・知的障害の有無等)</small>	傷病名： 身障手帳： (種 級) 療育手帳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 経管栄養： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 気管切開： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 人工呼吸器： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
現在の 意思伝達方法	<input type="checkbox"/> 発声 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 読唇 <input type="checkbox"/> 文字盤 (指さし・視線) <input type="checkbox"/> 50音読みあげ <input type="checkbox"/> ハンドサイン <input type="checkbox"/> 重度障害者用意思伝達装置 <input type="checkbox"/> その他		
生活環境 <small>(住宅環境・使用環境等)</small>			
支援者等の サポート状況 <small>(家族構成・機器の基本的理解含む)</small>			
対象者の 希望や意欲			
家族・支援者 の希望			
これまでの 試用状況	年 月 日 ~ 年 月 日 練習した回数・時間等： 計 回 / 時間程度 練習した場所： 機種：		
試用時の状況 <small>(本人の理解度や入力操作の様子)</small>			
市町村所見 <small>(調査を踏まえた装置の必要性和市町村の見解)</small>			
記 録 者	同行者		

【参考】「重度障害者用意思伝達装置」導入ガイドライン—調査書・事前評価のポイント 日本リハビリテーション工学協会(編)

補装具費支給に係る調査書

種 目			
援護市町村			
対象者	年 月 日生 (歳)		
調査日時 場 所	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分	
使用目的 <small>(使用場面・頻度等)</small>			
試操作状況	年 月 日 ~	年 月 日	
	練習した回数・時間等： 計	回 /	時間程度
	練習した場所：		
	機種：		
操作能力 <small>(生活環境でのデモの様子から操作状況を記載してください)</small>			
身体状況 <small>(傷病名・身体機能・経管栄養・気管切開・人工呼吸器・知的障害の有無等)</small>	傷病名： 身障手帳：	(種 級)	
生活環境 <small>(住宅環境・使用環境等)</small>			
支援者等のサポート状況 <small>(家族構成・機器の基本的理解含む)</small>			
市町村所見			
記 録 者		同行者	

補装具使用状況報告書(車椅子・姿勢保持装置用)			
氏名		生年月日	年 月 日 ()歳
住所		原疾病・外傷名	
日常生活活動	I. ADL: 自立・一部介助・全介助 1. 食事() 2. 排泄() 3. 立位(可能・不可能) 4. 移乗(自立・一部介助・全介助) 5. 移動(屋内 屋外) II. 使用中の補装具 無・有 → 1. 義肢() 2. 装具() 3. 車椅子・電動車椅子 4. 姿勢保持装置 使用:(年 月 日頃から) III. 日常の活動等() IV. 介護状況: 1. 主たる介護者() 2. ヘルパ- 無・有(時間× 日/週)		
現在の車椅子・姿勢保持装置の使用状況	I. 使用目的:() II. 種目: 1. 自走用車椅子 2. 介助用車椅子 3. 姿勢保持装置 → 座位・立位・その他→() 機構: 1. リクライニング機構 2. ティルト機構 3. ティルト・リクライニング機構 4. リフト機構 III. 使用: 1. (年 月頃から) 2. 試用有り(年 月 日～ 月 日) IV. 主な使用場所:() V. 使用頻度:(1日あたり 時間、 日/週) VI. 操作能力: 1. 自力駆動(独力で可能_____m・一部介助・不可能) 2. 操作方法(右手・左手・右足・左足・介助) 3. 介助者(無・有→) VII. 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/リフト機構を要する具体的理由 (本人障害状況のわかる写真(例:車椅子乗車、正面・側面)を添付し、別紙に詳しく記入のこと。)		
姿勢保持能力の状況	I. 身体状況(変形・傾き・褥瘡・発作等) II. 装置を必要とする姿勢の保持能力 III. 装置を必要とする姿勢の耐久時間(時間 分) IV. 姿勢保持装置の必要性: 1. 必要無し 2. 今後必要() 3. 必要有り()		
評価	年 月 日 所属: 職種: 氏名:		

※該当項目に○又は()内、空欄にご記入ください。
 原則として、支援に関わる作業療法士・理学療法士等リハビリテーション専門職が評価して作成して下さい。

適合判定票

- 1 山梨県障害者相談所（以下、「相談所」という。）で適合判定を実施する場合
→ 相談所職員が判定時に適合判定票を作成。
- 2 意見書による書類判定や利用者の事情により、相談所以外で適合判定を実施する場合
→ 第三者による評価を行うため、利用者及び補装具業者以外の医師・理学療法士・作業療法士等が判定し、適合判定票を作成。
- 3 所定の写真を添付すること。付属品や補装具製作にあたり留意した箇所がある場合は、その箇所がわかる写真も添付すること。
- 4 ①適合判定票、②写真、③支給券(写)を山梨県障害者相談所へ提出すること。

山梨県障害者相談所
身体障害者相談スタッフ
400-0005
山梨県甲府市北新1-2-12
山梨県福祉プラザ2階
TEL : 055-254-8672 FAX : 055-254-8675

(1) 写真：上記参照。

(2) 提出先：山梨県障害者相談所

2 来所等による直接判定を行ったもの→障害者相談所が適合判定実施。

適合判定票

- 1 山梨県障害者相談所（以下、「相談所」という。）で適合判定を実施する場合
→ 相談所職員が判定時に適合判定票を作成。
- 2 意見書による書類判定や利用者の事情により、相談所以外で適合判定を実施する場合
→ 第三者による評価を行うため、利用者及び補装具業者以外の医師・理学療法士・作業療法士等が判定し、適合判定票を作成。
- 3 所定の写真を添付すること。付属品や補装具製作にあたり留意した箇所がある場合は、その箇所がわかる写真も添付すること。
- 4 ①適合判定票、②写真、③支給券(写)を山梨県障害者相談所へ提出すること。

山梨県障害者相談所
身体障害者相談スタッフ
400-0005
山梨県甲府市北新1-2-12
山梨県福祉プラザ2階
TEL：055-254-8672 FAX：055-254-8675

様式第5(3)

補装具適合判定票（重度障害者用意思伝達装置）				
氏名		生年月日		
援護の実施者 (実施主体)		事業者名		
立会者				
補装具名				
仮合わせ	年 月 日			
	状況：			
適合判定	1 処方 との 適合	(1) 型式・形状	適 ・ 不適 → 指示事項 ()	
		(2) 付属部品 (過不足等)	適 ・ 不適 → 指示事項 ()	
	2 身体 との 適合	(1) スイッチ	適 ・ 不適 → 指示事項 ()	
		(2) 固定台	適 ・ 不適 → 指示事項 ()	
		(3) 操作性	適 ・ 不適 → 指示事項 ()	
		(4)	適 ・ 不適 → 指示事項 ()	
	3 機器	(1) 異音等	適 ・ 不適 → 指示事項 ()	
		(2)	適 ・ 不適 → 指示事項 ()	
		(3)	適 ・ 不適 → 指示事項 ()	
	4 他	(1) <small>箇所</small>	適 ・ 不適 → 指示事項 ()	
(2) <small>箇所</small>		適 ・ 不適 → 指示事項 ()		
総合	年 月 日 (不適の場合)		年 月 日	
	適 ・ 不適 → 再判定		適 ・ 不適	
評価者合	会場			
	所属 (医療機関・ 診療科等)			
	職種		氏名・印	
<p>※別紙で以下の写真を添付</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 機器を設置した状態の全景がわかるもの ・ スイッチを付けた姿 ・ 付属品 <p>以上の写真を撮影し、添付する。</p>				
障害者相談所 確認欄	年 月 日		職名・氏名	

注 1 意見書による書類判定を行ったもの→意見書を作成した医師が適合判定実施。

(1) 写真：上記参照。

(2) 提出先：山梨県障害者相談所

2 来所等による直接判定を行ったもの→障害者相談所が適合判定実施。

適合判定票

- 1 山梨県障害者相談所（以下、「相談所」という。）で適合判定を実施する場合
→ 相談所職員が判定時に適合判定票を作成。
- 2 意見書による書類判定や利用者の事情により、相談所以外で適合判定を実施する場合
→ 第三者による評価を行うため、利用者及び補装具業者以外の医師・理学療法士・作業療法士等が判定し、適合判定票を作成。
- 3 所定の写真を添付すること。付属品や補装具製作にあたり留意した箇所がある場合は、その箇所がわかる写真も添付すること。
- 4 ①適合判定票、②写真、③支給券(写)を山梨県障害者相談所へ提出すること。

山梨県障害者相談所
身体障害者相談スタッフ
400-0005
山梨県甲府市北新1-2-12
山梨県福祉プラザ2階
TEL：055-254-8672 FAX：055-254-8675