

補装具費支給意見書・処方箋（座位保持椅子）

様式13-2

氏名		男・女	生年月日	M T S H R	年 月 日	歳
住所			職 業 学校名（学年）			
障害名	(級)		原因 傷病名	(疾病・外傷発生年月日： 年 月 日頃) 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）		
1. 申請する補装具の名称（該当する補装具に を付けてください）						
座位保持椅子（ レディメイド ・ オーダーメイド ） 車載用座位保持椅子（ レディメイド ・ オーダーメイド ）						
2. 障害・疾患等の状況（座位保持椅子が必要な理由を含む）			4. 処方の内容（図示等）			
身長 cm 体重 kg						
3. オーダーが必要な理由（レディメイドの試乗結果含む）						
5. 効果見込み （再作製の理由含）						
6. 現在、他に所持している補装具があれば使用状況等について記載してください（ なし ・ あり ）						
補装具名称と 使用状況						
上記のとおり意見、処方する。			所在地			
令和 年 月 日			医療機関名			
			医師氏名 印			
上記処方により医学的に適合したことを証明する。			所在地			
令和 年 月 日			医療機関名			
			医師氏名 印			
令和 年 月 日						
材料・工作法等検査			職 ・ 氏名 印			

補装具費支給意見書・処方箋

(頭部保持具・起立保持具・排便補助具・歩行器)

修正案

様式 1 3

氏名		男・女	生年月日	M T S H	年 月 日	歳
住所			職 業 学校名(学年)	生活状況把握のため、新たに「学校名(学年)」を追加		
障害名	(級)	原因傷病名	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)			
1. 申請する補装具の名称 (該当する補装具に を付けてください)						
頭部保持具 ・ 起立保持具 ・ 排便補助具			座位保持椅子を削除			
歩行器〔 六輪型 ・ 四輪型(腰掛つき) ・ 四輪(腰掛なし) ・ 三輪型 ・ 二輪型 ・ 固定式 ・ 交互型 〕						
2. 障害・疾患等の状況について記載してください (注: 上記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。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等についても、その他の所見に記載してください。)						
3. 処方の内容(図示等)						
4. 効果見込み (再作製の理由含)	これまでは、「現在使用している補装具の状態」欄を設けていたが、再作製の具体的な理由が記載されることは少なかったため、「再作製の理由」と明記し記載を求める。					
5. 現在、使用・所持している補装具があれば状況について記載してください(なし ・ あり)						
補装具の状態 使用状況	他の補装具の利用状況を把握することにより、車椅子や各種付属品の必要性を判断する。また、申請者の生活状況の把握もできる。					
平成 年 月 日	所在地		医療機関名			
			医師氏名			
			印			
上記処方により医学的に適合したことを証明する。(排便補助具・歩行器を除く)						
平成 年 月 日	所在地		医療機関名			
			医師氏名			
			印			
平成 年 月 日	所在地		職・氏名			
材料・工作法等検査			印			