令和２年度

補装具製作関係業者説明会

熊本県福祉総合相談所
TEL　096-381-4461
熊本市障がい者福祉相談所
TEL　096-362-6500

目次

補装具費支給事務等について…… 1
１－１　来所相談(熊本市：熊本市障がい者福祉相談所対応)…… 2
２－１　適合判定(整形外科)…… 3
３－１　製品検査…… 3
１－２　来所相談(熊本市以外の市町村：熊本県福祉総合相談所対応)…… 9
２－２　適合判定(整形外科)……10
３－２　製品検査……11
４　骨格構造義肢相談申込(県・市共通)……16
５－１　補装具判定(熊本市)……20
５－２　補装具判定(熊本県)……22
６　借受け（県・市共通）……25
７　補装具判定(種目別事項)(県・市共通)
○義肢・装具……26
○座位保持装置……27
○車椅子……28
○電動車椅子……32
○補聴器……34
○人工内耳……41
○眼鏡……43
○重度障害者用意思伝達装置……45
８　難病患者等における補装具取扱い……49
各種様式、補装具費意見書・処方箋等のホームページからの入手方法……51
身体障害者福祉法１５条指定医師のホームページでの確認方法……52
※参考：障害者総合支援法の対象疾病一覧

補装具費支給事務等について

１－１　来所相談（熊本市：熊本市障がい者福祉相談所対応）

〔１〕整形外科

（１）対象補装具種目：義肢、装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子など

（２）実施曜日：毎週金曜日（祝日を除く）

（３）受付時間：13:30～

（４）予約方法

①来所相談申込書（様式１、２）により申し込んでください。

様式５：義肢、装具（内容確認後、日程調整の連絡をします。予約希望日決定後、「整形外科来所相談予約表」（様式７）をご提出ください。）

様式６：車椅子、電動車椅子、座位保持装置など

②予約期限：来所日の３日前まで

例）6/8（金）に来所を希望される場合は、6/5（火）までの予約となります。

（５）注意事項

- 予約枠には限りがありますので（処方・適合判定合わせて 10 件程度)、本人と打ち合わせのうえ、早めの予約をお願いします。
- 来所前に訪問等の調査が必要となる場合がありますのでご協力お願いします。
- 骨格構造義肢（軽微な修理を除く)、電動車椅子（型式の変更がない再支給を除く）については必ず来所相談が必要になります。
- 予約は、必要書類が全て揃ってからの受付となります（様式５、６は原本持参)。
- 特例補装具等で来所が必要なものもあるため、不明な点は当所の補装具担当者までご連絡ください。

〔２〕耳鼻科

（１）対象補装具種目：補聴器

（２）実施曜日：毎月　第２水曜日（祝日を除く）

（３）受付時間：13:30～（完全予約制）

（４）予約方法

１週間前までに電話で予約を入れてください。

（５）注意事項

予約枠には限りがありますので、本人と打ち合わせのうえ、早めの予約をお願いします。

〔３〕その他

- 来所前に調査を行う場合がありますのでご協力をお願いします。
- 特例補装具等は、事前に調査や必要書類をお願いする場合があります。
- 来所相談中に、相談者の状況等についてのお尋ねや医師の指示により試聴のお願いをすることがありますので、担当の方も相談者とともに予約時間までには来所していただきますようお願いします。

２－１　適合判定（整形外科）

（１）対象補装具種目：義肢、装具、座位保持装置

※電動車椅子等で座位保持装置を付加させたものは、座位保持装置部分の適合判定が必要になります。

（２）実施曜日：毎週金曜日（祝日を除く）

（３）受付時間：13:30～

（４）予約方法

①予約表（様式３）により電子メール等で申し込んでください。

※電子メールの件名は「【補装具連絡】+内容+（担当者名）」としてください

例）【補装具連絡】来所相談申し込みについて（有馬宛て）

②予約期限：来所日の３日前まで

（５）注意事項

予約枠には制限がありますので（処方・適合判定合わせて 10 件程度）、早めの予約をお願いします。

３－１　製品検査

〔１〕整形外科

（１）日時

開庁時間中は実施しますが、来所相談の時間は避けてください。

また、時間中でも担当者が不在の場合がありますので、来所前に事前連絡をお願いします。

※17：00 までに来所いただきますようお願いします。

（２）検査方法

様式４〔補装具費支給（購入・修理）製品検査者名簿〕を種目ごとに記入し、支給券、意見書・処方箋、見積書（写）を添付のうえ、担当者に提出してください。

※義肢・装具の場合は、殻構造義肢、骨格構造義肢、装具など、様式４〔補装具費支給（購入・修理）製品検査者名簿〕はそれぞれ分けて作成をお願いします。

〔２〕聴覚障害（耳鼻科）・視覚障害

（１）日時

開庁時間中は実施しますが、来所相談の時間は避けてください。

また、時間中でも担当者が不在の場合がありますので、来所前に事前連絡をお願いします。

※17：00 までに来所いただきますようお願いします。

（２）検査方法

様式５〔補装具費支給（購入・修理）製品検査者名簿〕を記入し、処方箋、見積書（写）製品、支給券を持参のうえ、担当者に提出してください。

様式　1

義肢・装具　来所相談申込書

フリガナ		性別	ＭＴ ＳＨＲ　年　月　日　歳
氏　名		男・女	
住　所			TEL
職業（具体的に）			
使用中義肢・装具	名称：		交付日
	型式：		製作業者名

義肢・装具の支給・修理を希望する理由（申請予定義肢装具の名称・型式等も含めて具体的に）

使用中の義肢・装具の不適合、不具合状況

箇　所	状　況（詳細に）

上記の理由により義肢・装具を必要としますので申し込みます。

令和　　年　　月　　日

住　所

氏　名

区役所確認日	令和　　年　　月　　日	担当者名	
		概算額	円

1　必要事項を記入のうえ、区役所担当者に申請の概要と概算額を説明し、確認を受けてください。

2　当書面及び添付書類（概算見積書、カタログ（写）、骨格構造義肢申請理由書等）を熊本市障がい者福祉相談所に提出してください。

3　内容確認後、製作希望業者に来所日調整の連絡をします。

相談所受付年月日：令和　　年　　月　　日

主査　　担当者

様式　2

車椅子・電動車椅子・座位保持装置　来所相談申込書

フリガナ		性　別	生　年 月　日	ＭＴ ＳＨＲ　　年　　月　　日（　　歳）
氏　　名		男・女		
住　　所				
希望補装具名 （種目・名称）				※レディメイドの場合はカタログを添付すること

1　希望車椅子付属品の名称と必要な理由

名　　称	必要な理由（詳細に記載すること）

2　車椅子が必要な理由、作り替えが必要な理由（修理が不可能な理由含めて）、修理が必要な理由　等

特例補装具 有・無	特例補装具名	
	必要な理由 ※別紙で詳細資料等の提出をお願いする場合があります。	

上記の理由により　車椅子・電動車椅子・座位保持装置及びその付属品を必要としますので申し込みます。

令和　　年　　月　　日　　住所

氏名

製作業者名		担当者名		来所希望日	年　　月　　日（　　）

以下、熊本市障がい者福祉相談所使用欄のため記入しないでください。

障がい者福祉相談所 受付年月日	年　　月　　日	来　　所 決　定　日	年　　月　　日（　　）

主査　　担当者

※ 相談所からの来所予定日の変更もありますので、申込者には説明してください。
※ 来所時及び処方後の訂正は原則として認めませんので、十分検討の上提出してください。

様式　3

整形外来（肢体不自由）来所相談予約表（義肢・装具）（座位保持装置（適合判定））

〔送信先〕 shougaisoudan@city.kumamoto.lg.jp　　（電話番号　096－362－6500）

※メールの件名は「【補装具連絡】+内容+（相談所担当者名）」としてください。

◎希望日　令和　　年　　月　　日（　　）

業者名（　　）　担当者名（　　）　連絡先（　　ー　　ー　　）

1	ﾌﾘｶﾞﾅ			性別		生年月日			年		月		日		
	氏名												歳		
住　所															
				電話番号			ー		ー						
職業															
補装具名						相談内容									
区分		再支給→前回製品検査日 修理→支給時製品検査日			年		月頃		その他の内容						
備考															

2	ﾌﾘｶﾞﾅ			性別		生年月日			年		月		日		
	氏名												歳		
住　所															
				電話番号			ー		ー						
職業															
補装具名						相談内容									
区分		再支給→前回製品検査日 修理→支給時製品検査日			年		月頃		その他の内容						
備考															

3	ﾌﾘｶﾞﾅ			性別		生年月日			年		月		日		
	氏名												歳		
住　所															
				電話番号			ー		ー						
職業															
補装具名						相談内容									
区分		再支給→前回製品検査日 修理→支給時製品検査日			年		月頃		その他の内容						
備考															

★適合判定の方も申し込みをお願いします。
★問い合わせがある場合は、お電話ください。

熊本市障がい者福祉相談所

様式　4

補 装 具 費 支 給（購入・修理）製 品 検 査 者 名 簿

検査担当者

令和　　年　　月　　日

業者名　　印

管轄区	支給券番号	氏　名	生年月日	購入 修理	補装具名	金　額	備　考

熊本市障がい者福祉相談所

入力日	入力者
/	

様式　5

補 装 具 費 支 給（購入・修理）製 品 検 査 者 名 簿

検査担当者

令和　　年　　月　　日

業者名　　印

管轄区	支給券番号	氏　名	生年月日	購入 修理	補装具名				機種名	ピーク値	金　額
			年　月　日	□ 購入 □ 修理	□ 右耳 □ 左耳 □ 両耳	□ 高度 □ 重度	□ 耳掛け □ ポケット □ その他[　　]	□ 耳あなﾚﾃﾞｨｰ □ 耳あなｵｰﾀﾞｰ			円
			年　月　日	□ 購入 □ 修理	□ 右耳 □ 左耳 □ 両耳	□ 高度 □ 重度	□ 耳掛け □ ポケット □ その他[　　]	□ 耳あなﾚﾃﾞｨｰ □ 耳あなｵｰﾀﾞｰ			円
			年　月　日	□ 購入 □ 修理	□ 右耳 □ 左耳 □ 両耳	□ 高度 □ 重度	□ 耳掛け □ ポケット □ その他[　　]	□ 耳あなﾚﾃﾞｨｰ □ 耳あなｵｰﾀﾞｰ			円
			年　月　日	□ 購入 □ 修理	□ 右耳 □ 左耳 □ 両耳	□ 高度 □ 重度	□ 耳掛け □ ポケット □ その他[　　]	□ 耳あなﾚﾃﾞｨｰ □ 耳あなｵｰﾀﾞｰ			円
			年　月　日	□ 購入 □ 修理	□ 右耳 □ 左耳 □ 両耳	□ 高度 □ 重度	□ 耳掛け □ ポケット □ その他[　　]	□ 耳あなﾚﾃﾞｨｰ □ 耳あなｵｰﾀﾞｰ			円
備考											

区役所入力期限　：　　月　　日までに入力をお願いします

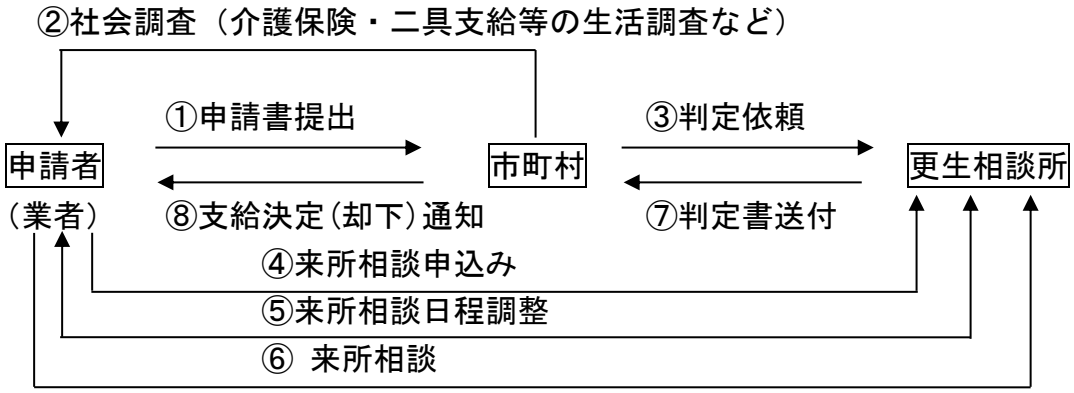
熊本市障がい者福祉相談所	
入力日	入力者
/	

区役所	
入力日	入力者
/	

１－２　来所相談（熊本市以外の市町村：熊本県福祉総合相談所対応）

※県分の説明文中、「市町村」の市は熊本市以外、「熊本県福祉総合相談所」は「県」と略。

補装具費支給における身体障害者更生相談所（県福祉総合相談所）の直接判定を目的とした来所相談の事務手続き　（※全補装具共通）



①　市町村に補装具費支給申請
②　必要に応じ市町村が申請者の社会調査等実施
③　社会調査結果等を添付し更生相談所へ判定依頼
④　補装具業者が来所相談申込書を更生相談所に提出（様式６または７）
⑤　市町村より判定依頼後、更生相談所が来所日程調整
⑥　申請者が補装具製作業者とともに来所相談
⑦　判定後、判定書を市町村に送付
⑧　市町村より申請者に支給決定（却下）通知書送付

〔１〕肢体不自由（整形外科）

（１）対象補装具種目：義肢、装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子など
（２）実施曜日：毎週火曜日、金曜日（祝日を除く）
（３）受付時間：13:00～14:00
（４）予約方法
①義肢、装具、座位保持装置（適合判定）の場合は、来所相談予約表（様式８）を事前にメールにて送付してください。車椅子、電動車椅子、座位保持装置（処方時）の場合は、来所相談申込書に記載欄あり（様式７）
なお、上記以外（歩行器など）の補装具については、事前にご相談ください。
②予約期限：希望日の３日前（土日祝祭日を除く）の 17:00 まで
（５）注意事項
- 予約枠に限りがありますので、本人と打ち合わせのうえ、早めの予約をお願いします。なお、予約状況等により、日程変更をお願いする場合がありますので御了承ください。
- 骨格構造義肢（軽微な修理等を除く）及び電動車椅子（型式の変更がない再支給を除く）については、必ず来所相談が必要です。

- 特例補装具等で来所が必要となる場合もありますので、不明な点は県の補装具担当者までお尋ねください。

〔２〕　聴覚障害（耳鼻科）

（１）対象補装具種目：補聴器など

（２）実施曜日：毎週金曜日（祝日を除く）
　　毎週水曜日は、幼児聴検と診察のみ実施。

（３）受付時間：13:00～（予約制）

（４）予約方法
　事前に電話、メールまたは来所により予約してください。

（５）注意事項
　予約枠に限りがありますので、本人と打ち合わせのうえ、早めの予約をお願いします。なお、他の診療科と同様に予約表を提出いただいても、予約状況等により、変更をお願いすることがあります。

〔３〕　視覚障害（眼科）

（１）対象補装具種目：義眼、眼鏡など

（２）実施日：原則第２金曜日

（３）受付時間：13:00～（予約制）

（４）予約方法
　前週の木曜日までに電話、ファックス又は来所により予約してください。

（５）注意事項
　予約枠に限りがありますので、本人と打ち合わせのうえ、早めの予約をお願いします。なお、他の診療科と同様に予約表を提出いただいても、予約状況等により、変更をお願いすることがあります。

〔４〕その他

- 来所前に調査を行う場合がありますのでご協力をお願いします。
- 特例補装具等は、事前調査や追加書類の提出をお願いする場合があります。
（補聴器については、者の両耳、耳あな、FM の希望がある場合、先に市町村への申請相談を勧めてください。）
- 来所相談中に、相談者の状況等についてお尋ねをすることがありますので、相談者とともに予約時間までには来所してください。

２－２　適合判定（整形外科）

（１）対象補装具種目：義肢、装具、座位保持装置
※電動車椅子等で座位保持装置を付加させたものは、座位保持装置部分の適合判定が必要になります。

（２）実施曜日：毎週火曜日、金曜日（祝日を除く）

（３）受付時間：13:00～14:00

（４）予約方法

①予約表（様式８）によりメール等で提出してください。

②予約期限：希望日の３日前（土日祝祭日を除く）の 17:00 まで

（５）注意事項

予約枠に限りがありますので、本人と打ち合わせのうえ、早めの予約をお願いします。なお、予約表を提出いただいても、予約状況等により、変更をお願いすることがあります。

３－２　製品検査

〔１〕肢体不自由（整形外科）

（１）日時

基本的に開庁時間中は実施しますが、外来（来所）相談の時間は対応できない場合がありますので注意してください。

また、開庁時間中でも担当者が不在の場合もありますので、来所前に事前連絡をお願いします。（担当者不在の場合は、実施できない場合もあります）

（２）検査方法

①補装具費支給（購入・修理）製品検査名簿（様式９：Ｐ15 参照）を記入し、②支給券、③意見書・処方箋、④見積書（写）、⑤製品を持参してください。

※修理の場合、③意見書・処方箋ではなく申請書（写）を代用することがあります。

※殻構造義肢、骨格構造義肢、装具、車椅子など複数の検査を希望する際は、それぞれ種目別に補装具費支給（購入・修理）製品検査名簿を用意してください。

※製品検査は対応可能な職員が行いますが、原則、義肢・装具・座位保持装置については山口、他の補装具（車椅子・電動車椅子等）は遠竹が対応します。

※相談所で判定を行った補装具については、全て相談所で製品検査を行います。また、市町村で製品検査を行う場合もあるため、相談所か市町村か判断に迷う場合は事前に確認をお願いします。

〔２〕　聴覚障害（耳鼻科）、視覚障害（眼科）

（１）日時

毎日実施しますが、外来（来所）相談の時間はご遠慮ください。

また、担当者が不在の場合もありますので、来所前に事前連絡をお願いします。

（２）検査方法

①補装具費支給（購入・修理）製品検査名簿（様式９）を記入し、②意見書・処方箋、③見積書（写）、④製品を持参のうえ、担当者に提出してください。

※製品検査名簿の余白に補聴器の機種名と製品番号をご記入ください。

※差額自己負担がある場合は、製品検査時に、希望器種のカタログ（性能表）の写しが必要です。（Ｐ36　4(2)参照）

※判定事務担当の森田、宮田が対応します。

様式　6

義肢装具　来所相談申込書

氏　　名		生年月日	M T S H R　年　月　日　歳
住　　所		TEL	
身障手帳	（S, H, R）　年　月　日交付　熊本県（　）第　号　級		
障害名			
職業（具体的に）			
使用中義肢装具	名称:	交付日	年　月　日
	型式:	製作業者名	

義肢装具を支給・修理を希望する理由（名称・型式等も含めて具体的に）

使用中の義肢装具の不適合・不具合状況

箇所	状況（詳細に）

上記の理由により義肢装具を必要としますので申込みます。　概算額（　　円）

令和　年　月　日

住　所

氏　名　　印

援護の実施者確認欄

令和　年　月　日　市町村名

担当者氏名

1　必要事項を記入のうえ、市町村担当者に申請の概要と概算額を説明し、確認を受けてください。

2　当書面及び添付書類（骨格構造義肢申請理由書、概算見積書、カタログ（写）等）を熊本県福祉総合相談所に提出してください。

3　内容確認後、製作希望業者に来所日調整の連絡をします。

熊本県福祉総合相談所受付年月日：令和　年　月　日

障がい相談班長　　補装具判定主任技師　　課員　　主査

※来所日調整指示年月日：令和　年　月　日

様式　7

車椅子・電動車椅子・座位保持装置　来所相談申込書

フリガナ		性別	生年月日		
氏　　名		男・女		ＭＴ ＳＨＲ	年　　月　　日（　　歳）
住　　所					
希望補装具名 （種目・名称）				特例処方	有　・　無

1　希望補装具付属部品等の必要な理由

名称	必要な理由（※個別具体的な理由を詳細に記載すること。）

2　修理が必要な状況・修理が不可能な理由・作り替えが必要な理由　等

特例補装具	特例補装具名	
	必要な理由	

上記の理由により　車椅子・電動車椅子・座位保持装置及びその付属品を必要としますので申し込みます。

令和　　年　　月　　日　　住所

氏名　　印

製作業者		担当者		来所希望日	令和　　年　　月　　日（　　）

以下、福祉総合相談所使用欄のため記入しないでください。

福祉総合相談所 受付年月日	令和　　年　　月　　日	来所決定日	令和　　年　　月　　日（　　）

障がい相談班長　　主査　　課員

※ 来所相談は予約制です。希望日の3日前（土日祝祭日を除く。）の17:00までに本予約表を提出してください。
　相談所からの来所予定日の変更もありますので、申込者には説明してください。
※ 来所時及び処方後の訂正は原則として認めませんので、十分検討の上提出してください。

様式　8

〔FAX送付先〕　熊本県福祉総合相談所　障がい相談課（　　）行
FAX番号 096－381－4412（電話番号096－381－4461）

整形外来（肢体不自由）来所相談予約表〔義肢、装具〕、〔座位保持装置（適合判定）〕

◎希望日　令和　　年　　月　　日（　　曜日）

業者名（　　）担当者名（　　）連絡先（　　）

1 フリガナ / 氏名	（男・女）	生年月日	M T S H R	年　月　日 / 歳	
住所	TEL　（　）				
身障手帳番号					
援護の実施者	市町村名（　）	市町村担当者への確認（未　済）			
職業					
相談補装具名	補装具名 □ 新規支給 □ 再支給（前回製品検査年月　年　月頃） □ 修　理（前回製品検査年月　年　月頃）	相談内容	処方・適合判定 その他（　）		
備考					

2 フリガナ / 氏名	（男・女）	生年月日	M T S H R	年　月　日 / 歳	
住所	TEL　（　）				
身障手帳番号					
援護の実施者	市町村名（　）	市町村担当者への確認（未　済）			
職業					
相談補装具名	補装具名 □ 新規支給 □ 再支給（前回製品検査年月　年　月頃） □ 修　理（前回製品検査年月　年　月頃）	相談内容	処方・適合判定 その他（　）		
備考					

★来所相談は予約制です。希望日の3日前（土日祝祭日を除く。）の17:00までに本予約表を提出ください。
（予約状況等により、希望日の変更をお願いすることがあります。早めの予約をお願いします。）
★問い合わせがある場合は直接お電話をお願いします。

様式　９

補装具費支給（購入・修理）製品検査名簿

検査担当者

令和　　年　　月　　日

業者名　　印

支給券 番　号	支給券発行 年　月　日	氏　　名	住　　所	購入 修理	補装具名	金　額

熊本県福祉総合相談所

入力日	入力者
／	

４　骨格構造義肢相談申込（県・市共通）

〔１〕相談申込必要書類について

（１）義肢・装具来所相談申込書（市：様式１、県：様式６）

（２）見積書

※耐用年数内で再支給を希望する場合は、修理を行った場合の見積書も一緒に提出していただく場合もあります。

（３）完成用部品のカタログ等（機能の説明が記載されているもの）

① 膝継手
② 足継手（足継手を必要とする部品は足部が必要）
③ 足部（足部だけで足継手が不必要な部品もあり）
④ ライナー
⑤ その他

※モノクロコピー・両面印刷で可

（４）骨格構造義足申請理由書（様式１０：Ｐ18～19 参照）

本人の日常生活動作、社会生活動作等において、希望する部品の機能が必要な理由を記載してください。

（５）写真

・希望部品の試用状況がわかるもの（希望部品と他の部品を用いて試歩行等を実施している場面の写真を添付）

※再支給及び修理で同じ部品を使用する場合は、現状がわかる写真を添付してください。

・耐用年数内での再支給申請や修理（交換）の場合は、その必要性が分かるよう、破損状況や不適合状況を注記したもの

〔２〕上記の書類の添付が必要な理由

（１）処方の際に医師へ情報提供を行うため（本人の日常生活動作等に完成用部品の機能が寄与するか見極めるため）。

（２）義肢として希望部品等が的確に構築可能かを見極めるため。

（３）再支給及び修理（交換）を行う必要性の有無を確認するため。

〔３〕相談申込の流れ

①骨格構造義肢の申請相談〔申請者→製作業者〕

※申請者と製作業者は相談申し込みにあたり、十分な話し合いと希望部品の試用を行ってください。

②市区町村へ骨格構造義肢の相談内容（種目、概算等）を報告

〔申請者・製作業者→市区町村〕

※熊本市以外の市町村の場合は、併せて市町村窓口で申請手続きを行ってください。

③義肢・装具来所相談申込書、添付書類等の提出〔製作業者→相談所〕

※熊本市以外の市町村の場合は、市町村より判定依頼書が送付された後に必要書類の提出をお願いします。

④骨格構造義肢相談内容の検討、審査〔相談所内〕

⑤来所（外来）相談日の調整〔相談所→製作業者→申請者→製作業者→相談所〕

※相談所にて上記④での審査後、担当業者にご連絡しますので、連絡後に来所日の調整を行ってください。申請者と日程調整ができましたら、整形外来（肢体不自由）来所相談予約表（市：様式３、県：様式８）を各相談所へ提出してください。

様式　１０

骨格構造義足　申請理由書

提出日　：　令和　　年　　月　　日

（取扱い製作業者）
業者名
住所
代表者名　　印
電話番号
担当者名

１　申請者の状況等

ふりがな		男・女	生年月日	ＭＴ ＳＨＲ　　年　　月　　日（　　歳）	
氏名					
住所					
職業		仕事内容			
活動度	１　低活動（屋内使用中心） ２　中活動（屋外ゆっくり歩行） ３　中活動（屋外早歩きも可） ４　高活動	※主な活動内容			
切断部位		切断日	年　　月　　日　頃	断端長	cm
身長	cm	体重	kg		

２　使用中の義肢の種別・型式等

今回希望する種類・型式等　□使用中の義足と同様　　□変更希望あり

※変更希望ありの場合

種別・型式等	
変更理由	

３　各部品（パーツ）について（※要カタログ・試用中写真）

（1）ソケット形状

	型式	使用状況
使用中		

今回希望するソケット形状　□使用中の義足と同様　　□変更希望あり

※変更希望ありの場合

ソケット形状	
変更理由	

（2）膝継手

	機種名	機能	使用状況・希望理由・試用結果
使用中の機種			
希望機種			
試用機種 ※試用期間も記載すること。			

（3）足部（足継手）

	機種名	機能	使用状況・希望理由・試用結果
使用中の機種			
希望機種			
試用機種 ※試用期間も記載すること。			

（4）ライナー（初めてライナーを希望する場合：パッチテスト　□済（結果：　　）　□未）

	製品名	使用状況・希望理由・試用結果
使用中の製品		
希望製品		
試用製品 ※試用期間も記載すること。		

（5）その他（上記以外で義足の性能に大きく影響する部品）

	部品名	機能	使用状況・希望理由・試用結果
使用中の部品			
希望部品			
試用部品 ※試用期間も記載すること。			

4　業者担当者の意見

５－１　補装具判定（熊本市）

（１）医療機関における補装具処方時の立ち会い

補装具処方時に立ち会いをされる際には、意見書・処方箋の記入漏れがないか確認をお願いします。

意見書部分の本人の身体状況（体重等）の記入漏れ、処方と見積書の不整合、処方年月日の記入漏れ等がないよう確認をお願いします。

なお、特に耐用年数内の再支給については、破損や障がい状況の変化等の記入及び破損や不適合状況が分かる資料の提出が必要となります。

※耐用年数を換算する場合の起算日は「製品検査日」となります。

また、車椅子及び電動車椅子については、付属品の必要な理由、オーダーメイドの理由、リクライニングやティルト機構の必要性、リフトが必要な理由等をそれぞれ明確にご記入ください。座位保持装置において車椅子の付属品が必要な場合も、理由をご記入ください。

（２）特例補装具の判定

身体障害者福祉法第 15 条の指定医の特例補装具費支給意見書（様式１１：Ｐ24 参照）が必要になります。

必要に応じて、調査や別途資料等の提出が必要になりますので、事前にご相談をお願いします。

（３）判定時の訪問調査

補装具費支給についての書類判定の際、書類だけでは判定が難しい場合など、情報の収集や確認を目的として必要に応じて訪問調査を実施することがありますのでご協力をお願いします。

また、補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則として１種目につき１個ですが、一部の補装具については、身体障がい者（児）の障がい状況、生活環境等を勘案し、真に必要性が認められた場合は２個目の支給を認めています。同種目の複数支給の場合も同様に必要に応じて訪問調査を実施しますのでご協力をお願いいたします。

（４）補装具意見書・処方箋の持ち出し

相談所の判定後、処方医師の適合判定を必要とする場合（義肢・装具・座位保持装置・重度障害者用意思伝達装置・座位保持椅子・起立保持具等）について、処方箋を外部に持ち出す必要がある場合は、持ち出し簿に記入し、職員の確認印を受けてください。その際、持ち出し簿の番号を処方箋の空欄（処方医師欄の右側）に記入してください。

（５）見積書

① 見積書の宛名について

障害者総合支援法による補装具費支給に係る見積書の宛先は「熊本市長」です。戦傷病者援護法によるものは「熊本県知事」です。

② 見積書作成上の注意点

補装具費の判定に際し、見積書の差し替え（修正）を必要とする場合などには、判定事務に支障を来すことがあります。見積書は必ず処方箋の内容を確認のうえ、処方箋に沿って作成を行ってください。また、金額等の誤りや計上漏れ等がないように十分確認をお願いします。

また、変更がある場合は、必ず医師の指示を受けてから行ってください。

※内容について、直接連絡する場合もありますので、担当者氏名を必ず見積書にご記載ください。

（６）国や相談所からの通知やお知らせ等の関係書類

必要に応じて発送いたしますので、必ずご確認ください。また、内容については、それぞれ社内で周知をお願いします。

（７）処方内容及び見積り変更の取扱

支給決定後の処方・見積り内容等の変更については、区役所および相談所へ以下の手続きが必要となりますのでご注意ください。

① 申請内容の変更があることを区役所、相談所へ連絡・相談
② 「決定通知書２通（申請者、業者分)」「支給券」を相談所へ返戻
③ 申請内容が変更になる理由・経緯等について「理由書」を提出
④ 変更後の見積書を提出
※「補装具費支給意見書・処方箋」に訂正が必要な場合は、処方医師に依頼し加筆・修正のうえ再提出
⑤ 相談所にて再判定
⑥ 相談所から区役所へ新たな判定書を送付
⑦ 区役所にて決定（新たな「決定通知書」、「支給券」を送付）

※軽微な変更等でない場合は、申請の取下げが必要になる場合もあります。

（８）修理申請

現在、補装具の軽微な修理等については、各区役所にて判定を行っています。申請の際には、区役所担当者が対象補装具の修理の必要性が確認できるよう、ご協力をお願いします。

例）修理が必要な現物の確認、または写真の添付など

５－２　補装具判定（熊本県）

（１）補装具処方時の立ち会い

・補装具処方時に立ち会いをされる際は、意見書・処方箋の記入漏れがないか確認をお願いします。

・処方内容と見積書の不一致や本人の身体状況（体重等）及び処方年月日の記入漏れが見受けられますので注意してください。

・耐用年数内の再支給については、障がい状況の変化等の記入及び破損や不適合状況が分かる写真の提出が必須となります。

※耐用年数を換算する場合の起算日は「製品検査日」となります。

・車椅子、電動車椅子、座位保持装置については、付属品の必要な理由、オーダーメイドの理由、リクライニングやティルト機構の必要性、リフトが必要な理由等を個別具体的に記入する必要があります。

（２）特例補装具の判定

・身体障害者福祉法第 15 条の指定医の特例補装具費支給意見書（様式１１：Ｐ24 参照）が必要になります。

・必要に応じて、調査や資料等の提出が必要になりますので、事前にご相談ください。

（４）補装具意見書・処方箋の持ち出し（令和２年５月より取扱い変更）

・相談所の判定後、処方医師の適合判定を必要とする補装具（義肢・装具・座位保持装置・座位保持椅子・起立保持具等）の処方箋は、市区町村から支給決定通知書と併せて送付されます（来所相談の場合は当所で保管）。なお、車椅子等で処方箋訂正が必要となり外部に持ち出す場合は、現在と同様に持ち出し簿を記入し、職員の確認印をうけてください。

（５）見積書

①見積書の宛名について

障害者総合支援法による補装具の支給に係る見積書の宛先について、実施市町村の指示に従ってください。戦傷病者援護法によるものは熊本県知事です。

②見積書作成上の注意点

補装具費の判定に際し、見積書の差し替え（修正）を必要とする場合が見受けられ、事務処理に支障を来すことがあります。見積書作成時は**処方箋の内容を十分確認**のうえ、金額等の誤り・計上漏れ等がないよう作成をお願いします。

※連絡する場合もあるため、担当者名を必ず見積書にご記載ください。なお、担当者不在のため折り返しの連絡をお願いした後、連絡をいただけないことがありますが、迅速な処理のためにも御協力をお願いします。

（６）国や県、相談所からの通知やお知らせ等の関係書類

必要に応じて発送いたしますので、必ずご確認ください。また、内容については、それぞれ社内で周知をお願いします。

（７）再判定の場合

判定後や市町村からの支給決定通知後に、処方箋の記載内容や見積り内容に変更が生じた場合は、製作（修理）を行う前に以下の手順での再判定が必要となる場合があります。

（丸で囲んだ数字については、業者が行う手続き）

① 市町村及び福祉総合相談所へ連絡（変更が必要な理由と内容を説明し事前に担当者の了承を得る）
② 支給券が発行されている場合は、市町村へ返戻
③ 相談所に再判定が必要な理由書（様式自由、業者印要）を提出
④ 判定が済んでいる補装具費支給意見書・処方箋への加筆・訂正（加筆・訂正箇所に医師の押印が必要。）を処方医師に依頼し、更生相談所へ再提出
⑤ 再判定用の見積書を市町村（原本）と相談所（写し）へ提出
６ 福祉総合相談所で再判定を行い、判定書を送付
７ 判定書に基づき市町村が支給決定を行い、支給券を再発行
⑧ 支給券送付後に製作（修理）開始

※以降の手続きは、通常の手続きと同様

〇再判定に必要な書類

・市町村に対して：①支給券（発行されている場合は返送）
②見積書（修正したもの：原本）
・相談所に対して：①補装具費支給意見書・処方箋（修正したもの）
②見積書（修正したもの：写で可）
③理由書

（８）修理申請

補装具の軽微な修理（交換）については、各市町村にて判定を行う場合があります。申請の際は、市町村担当者が対象補装具の修理の必要性が確認できるよう詳細な写真の添付や修理内容の記載を必ずお願いします。

※不明瞭な写真や説明文がない場合は、再提出を求める場合があります。

※緊急な対応が必要な場合は、市区町村担当者へ事前に相談してください。

様式　１１

特例補装具費支給意見書

様式15

氏名		男　・　女	生年月日	M T S H R　　年　　月　　日	歳

１．特例補装具名	

２．処方内容について記載してください
（特例となる構造、部品等がわかるように具体的に記載してください）

３．特例補装具が必要な理由について具体的に記載してください
〔基準の補装具では適応できない理由（前回の補装具状況も含む）について具体的に記載してください〕

４．その他

上記のとおり意見する。

令和　　年　　月　　日

所　在　地

医療機関名

診療科名

医師氏名　　印

６　借受け（県・市共通）

〔１〕借受けについて

補装具は、身体障害者・児の身体状況に応じて個別に身体への適合を図るよう製作されたものを基本としていることから、購入が原則です。しかし、利用者のニーズの高まりに伴い個々の状態に応じて適切な支給が行われるよう平成３０年度より「購入」、「修理」に加え「借受け」という選択肢が加わりました。

〔２〕借受けの対象となる種目

① 義肢、装具、座位保持装置の完成用部品
② 重度障害者用意思伝達装置の本体
※スイッチ等の付属品は購入
③ 歩行器
④ 座位保持椅子

注意：対象となる種目は「特例補装具」を除きます。

〔３〕借受けが適当と思われるケース

・身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要であると認められる場合
・障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合
・補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要であると認められる場合

〔４〕借受けの期間：**原則１年**

※ただし、市町村及び更生相談所が必要と判断すれば、概ね１年ごとに再度判定、支給決定を行うことにより**最長３年**程度とすることができます。

〔５〕借受け費の支給決定

借受けに係る補装具費は、借受け期間中は毎月支給。借受け期間が終了するにあたっては、改めて更生相談所等において、購入が可能か、借受けを継続するかの必要性を判断することになるため、再度、判定及び支給決定の手続きを行います。

〔６〕注意事項

・これまでも行われてきた短期間での各種部品の比較検討は借受けの対象とはなりません。実際に生活、就労等の場面で一定期間使用することで、その製品が適当なのか判断する必要性がある場合等が要件になります。
・申請時に「購入」を希望していても「借受け」となる場合や逆のケースも想定されますので、「借受け」の対応が可能か事前に検討してください。

7　補装具判定（種目別事項）（県・市共通）

○義肢・装具

以下の件につきまして訂正が多く見受けられますので、事前確認をお願いします。

① 市販の靴に補高のみを加える場合の見積りについては、基本価格は足底装具（A－7）の採寸となり、これに靴の補高を加算することになります。なお、処方箋の備考欄には、市販の靴を使用する旨の記載が必要です。

② 短下肢装具（靴型装具付き）において、短下肢装具の基本価格を採型で算定した場合、靴型装具の基本価格は加算できません。なお、健足の基本価格は、採寸です。

③ 靴型装具で特殊靴が処方された場合、足部の変形等の状況がわかる写真を必ず添付してください。（製品検査時には、足部のモデルが必要です）

④ 完成用部品のプラスチック製の継手は、遊動継手として取り扱います。

例）完成用部品　足継手　ベッカー775Ｃ等を使用する場合

⑤ 靴型装具のインソールに加工を施した場合は、あらためて補正の加算はできません（整形靴等の価格に含む）。

⑥ 既製品の補装具を使用する場合の見積り方法については、申請前に管轄の相談所にご連絡ください。個別に協議を行います。

⑦ 完成用部品のライナー交換（修理）については、相談所で判定を行います。市区町村に申請する際に、交換を必要とするライナーの破損状態等が確認できる写真を添付してください。他の修理部分に関しても写真の添付が必要です。

⑧ 骨格構造義肢を申請する場合は、必ず義肢装具来所相談申込書を作成していただき、概算額を市区町村へ連絡した後、相談所へ提出してください。

⑨ 修理に関しては、軽微な内容であれば市区町村が判定を行いますが、機能に影響する内容や高額修理の場合等は、市区町村が相談所へ判定依頼を行うことがあります。その際の製品検査は相談所が行うため、市区町村へ支給決定通知書等にその旨の記載をお願しているところです。実施機関が不明な場合は、請求前に市区町村への確認をお願いします。

⑩ 修理後早期に再支給申請を行うケースが見受けられますので、修理申請の際は継続使用が可能か十分検討を行ってください。

⑪ 補装具支給後の不適合については、以下のとおりとなっておりますので、確認をお願いします。

引き渡し後、災害等による毀損、本人の過失による破損、生理的又は病理的変化により生じた不適合、目的外使用若しくは取扱不良等のために生じた破損又は不適合を除き、給付後 9ヶ月以内に生じた破損又は不適合は、補装具業者の責任において改善すること。なお、借受け期間中の修理に関し、通常の使用の範囲内での故障、製品の不具合による故障又は故意による故障等に係る取扱いについて、予め明らかにしておくこと。
ただし、修理基準に定める調整若しくは小部品の交換又は1の(7)に基づいた修理のうち軽微なものについて、補装具業者の責任において改善することとするものは、修理した部位について修理後3ヶ月以内に生じた不適合等（上記災害等により免責となる事由を除く。）であること。(平成30年3月23日障発0323第31号『補装具給付事務取扱指針』より）

○座位保持装置

（１）支給対象

体幹および四肢の機能障害により座位を保持する能力に障がいがある児と者

★身体障害者手帳の目安：肢体不自由（体幹機能障害・両上下肢機能障害）

※下肢機能障害のみの場合は、車椅子を検討してください。検討の結果、座位保持装置が必要であれば、身体障害者手帳の再交付（見直し）を関係者と検討してください。

（２）その他留意事項

① 特例補装具

国の基準にない部品等を使用する場合は特例補装具となります。申請の際には、身体障害者福祉法第 15 条指定医作成の特例補装具費支給意見書（部品の説明及び当該部品の必要理由が詳細に記載されたもの）の提出が必要になります（様式１１）。

② 車椅子機能を付加させる場合

座位保持装置に車椅子機能を付加したものや、構造フレームに大車輪ありの完成用部品を使用する場合は、車椅子と同等の移動用補装具として取扱います。この場合、車椅子と座位保持装置を１台ずつ所持していることになります。車椅子機能を付加させる場合、構造フレームは車椅子の価格を基本価格としてください。ただし、座位保持装置として製作する部分と重複することになる部分については、修理基準に定める車椅子の各部位の交換価格の95%に相当する価格とみなし、これを控除してください。また、リクライニング、ティルト、リクライニング・ティルトに限り車椅子側の機構を優先することとし、座位保持装置側の機構の製作要素加算は行わないでください。

③ 適合判定

処方医師（処方箋を作成した身体障害者福祉法第 15 条指定医）による適合判定となります。なお、県・市ともに相談所の来所相談で処方したものは相談所で適合判定を実施します。

④ 製品検査

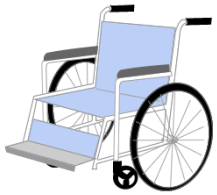
県・市ともに相談所で要否判定を行ったものについては、相談所で行います。必ず製品と製品検査用の名簿、支給券、処方箋等を持参して製品検査を受けてください。

なお、市区町村で要否判定を行ったものについては、市区町村で製品検査を受けてください。

⑤ 支給個数

他の補装具と同様、１個が原則です。なお、移動機能付（車椅子機能付加や構造フレームに大車輪あり）は車椅子ともみなされます。

○車椅子



（1）支給対象

① 下肢障害又は体幹障害で 1～2 級に該当し、他の補装具（義肢・装具・杖等）では全く歩行できないか、又は著しく困難な者であること。
※重複障害で総合等級 1～2 級の場合でも下肢又は体幹については該当しない場合もあります。

② 下肢障害、又は体幹障害で 3 級に該当し、他の補装具だけでは著しく歩行困難な者で、医師が特に必要と認めるもの。

③ 重度の内部障害（心臓機能障害 1 級または呼吸器障害 1 級）かつ下肢不自由、体幹不自由または移動障害の手帳保持者で日常生活上医師が特に必要と認める者。なお、下肢不自由、体幹不自由または移動障害の等級取扱いについては下記のとおりとする。

ア　下肢不自由、体幹不自由または移動障害の 1・2 級等級所持者。

イ　下肢不自由、体幹不自由または移動障害の 3 級所持者で、歩行状態等個々の障害に鑑み、医師が特に必要と認める者。

ウ　上記ア、イ以外の等級で、車椅子の処方箋及び意見書（15 条指定医が記載したもの）により、医師及び更生相談所が特に必要と認める者。

※手帳の障害名と「等級早見表」により下肢の障害等級を確認してください。
下肢の等級が 4 級以下で車椅子を必要とする場合は、手帳の等級変更後に車椅子の申請をしていただくよう説明してください。
また、下肢の等級が不明なものに関しては車椅子の再支給の場合であっても、先に手帳の見直しを行うことをお願いしています。

※上記の等級に該当しない場合でも、本人の障害状況、生活環境等によっては支給の対象となることもあります。

（2）車椅子の支給にあたっての留意事項

① 車椅子処方の際は、必ず事前にレディメイドの試乗、検討をお願いします（多機能のレディメイド車椅子もありますので、前回オーダーメイドで製作している場合でも、レディメイドで対応できる場合があります）。オーダーでの製作が必要な場合には、意見書・処方箋の「オーダーメイドが必要な理由（レディメイドの試乗結果含む）」欄に試乗結果等の記載が必要となります。

② 車椅子が自走できない者（車椅子処方箋で「車椅子の移動能力」が【介助】・「使用方法」が【介助】）となっている者）は普通型でなく、手押し型（介助用）の対象となります。なお、小児で現在は介助が必要であるが、今後の自立・練習等も考慮して普通型を選択する場合などはその旨を処方箋に記載してください。

③ 国の補装具費支給事務取扱指針により、車椅子の種類や特定の付属品について対象者等が限定される場合があります。

車椅子名称	対象者
手動リフト式普通型	当該車椅子を使用することにより自力乗降が可能となる者、日常生活又は社会生活において真に必要な者。
リクライニング式	ア　頚髄損傷者等で座位姿勢の持続により低血圧性発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとることにより発作を防止する必要のある者。 イ　リウマチ性の障害等により四肢や体幹に著しい運動制限があって座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要のある者。
レバー駆動型	歩行困難な者で、かつ、片上肢機能に障害がある者。
ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等。

部品名	対象者（国の事務取扱指針より）
高さ調整式バックサポート	成長期の児童。最初の１台目の車椅子で、障害状況の変化等により背当て高さ変更があり得る者。
背座間角度調整機構	成長期の児童。最初の１台目の車椅子で、使用の慣れ等により背当て角度の変更があり得る者。
車軸位置調整部品	成長期の児童で車軸の位置の変更の必要がある者。最初の１台目の車椅子の場合等で購入後に車軸位置の変更があり得る者。
座奥行き調整 （スライド台式）	成長期の児童で座の奥行きの変更の必要がある者。下肢、体幹筋の麻痺等により座面を調整する必要がある者。

④ 車椅子再支給申請の際は、現状（破損状況や介護保険該当状況等）を確認しないまま耐用年数到来に伴う機械的な申請をされないようご注意ください。また、来所相談申込書は必要事項について空白のないよう記入をお願いします。

⑤ 申請者が入院・入所（障害者支援施設以外）中の場合は、3 か月以内に退院・退所の見込みがあるかの確認をお願いします。

※入院中は原則として支給できません。3 か月後以内に退院の見込みのある方は申請が可能ですので、退院見込み調査書が発行されているか確認してください。

※頚髄損傷・筋ジストロフィー症等の障がい者については、状況によっては入院中であっても支給可能としています。

⑥ 施設入所中の方に対する取扱いは、介護保険適用除外施設である障害者支援施設（生活介護）については、支給可能としていますが、介護老人保健・福祉施設等入所者については、原則、介護保険での対応が優先となります。介護保険での対応が困難な場合には、必要に応じて検討を行う場合もあります。

⑦ 介護保険対象者（第 1 号被保険者、第 2 号被保険者）は、まず介護保険による貸与を検討してください（介護保険認定を受けていない場合は、まず介護保険の認

定を受ける必要があります)。介護保険での貸与が障がい状況により困難な場合、判定時に以下の書類が必要です。

・熊本市以外の市町村：介護保険に係る意見書（市町村作成）
・熊本市：ケアマネージャーの意見書（ケアマネージャーから意見書を作成してもらうことが困難な場合は相談してください）

⑧ 国の基準を超える価格のものや基準にない部品等を使用する場合は、特例補装具での申請となります。申請の際には、身体障害者福祉法第 15 条指定医作成の特例補装具費支給意見書（特例補装具の詳細及び当該部品の必要理由が詳細に記載されたもの）の提出が必要です。（様式１１）

⑨ 屋内用・屋外用としての２台支給は出来ません。学校用や職場用として必要性がある場合は、支給を検討されます。その場合は、以下の書類が必要です。

・２具支給に係る調査書（市区町村作成）

⑩ 近年、様々な機能や付属品が最初から装備されているレディメイドが販売されています。このようなレディメイドの車椅子を支給申請する場合、見積書の書き方は資料１のとおりです。なお、レディメイド車椅子の支給を申請する場合は**定価が記載されているカタログ**を添付してください。

⑪ 書類判定時の処方箋について



記入漏れや説明不足の項目が無いよう、申請前に入念なチェックをお願いします。

① 難病該当の有無、身体状況欄のチェック、身長・体重・握力、付属品の必要数・理由等、記入漏れがないか確認をしてください。

② 使用効果の見込み及び現在使用している補装具の状態は判定上、大変重要な情報となりますので、分かりやすく明確に記載されているか確認をしてください。

（３）見積書について

・補装具費支給意見書・処方箋に基づいて見積りをしてください。

①車椅子の型式や付属品は、「補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準」に掲載してあるとおりの内容で、正確に記入してください。

② 作成後は必ず補装具費支給意見書・処方箋と内容を照らし合わせて記入漏れ等がないか確認後、提出してください。

③見積書のあて名について

熊本市・・・・・・・・・熊本市長
熊本市以外の市・・・・市長又は市福祉事務所長
町村・・・・・・・・・・町長又は村長

資料　1

見　積　書（参考）

令和〇年〇月〇日

熊 本 市 長　　様

合 計 金 額　　￥190,715

氏　　名　　大江　太郎

住　　所　　熊本市中央区大江〇丁目〇番〇号

(株)〇〇〇〇製作所
代表取締役　〇〇　〇〇
熊本市東区〇〇丁目〇-〇
tel:096-〇〇〇-〇〇〇〇
fax:096-〇〇〇-〇〇〇〇

品　名	数 量	単 価	金 額
①車椅子　普通型　×75%(100,000×0.75)	1	75,000	75,000
②背折れ機構部品	1	7,180	7,180
③跳ね上げ式アームサポート	2	6,060	12,120
④屋外用キャスター	2	7,500	15,000
⑤張り調整式バックサポート	1	15,080	15,080
⑥開閉・脱着式レッグサポート	2	0	0
※①～⑥はもともとの構造に含まれるもの			
フローテーションパッド(座面)	1	30,000	30,000
スポークカバー	2	4,100	8,200
転倒防止装置(キャスター付き折りたたみ式)	2	8,670	17,340
小　計			179,920
加算額6%			10,795
合　計			190,715
備考:①～⑥の合計が定価(150,000円)より低いため、見積りの価格とする。			

既製品の車椅子に備わっている付属品。その中で、本人に必要な付属品のみ加算。
この部分の合計と既製品の定価を比較して安価な方を選択

本人に必要でない付属品は0で記載

既製品にはもともと備わっていないが、追加で本人に必要な付属品

○ 電動車椅子

（1） 電動車椅子の基本的事項

① 電動車椅子に係る補装具費の支給は、重度の歩行困難者の自立と社会参加の促進を図ることを目的として行われるものであることから、身体障がい者及び身体障がい児（以下「障がい者」という。）の身体の状況、年齢、職業、学校教育、生活環境等の諸条件を考慮し、その是非を判断する必要があります。

② 電動車椅子に係る補装具費の支給に際しては、使用者及び他の歩行者等の安全を確保するため、操作訓練、使用上の留意事項の周知等について格段の指導を行ってください。

（2） 支給対象

学齢児以上であって、次のいずれかに該当する障がい者であること。

① 障害名又は意見書で重度の下肢機能障害が確認できるとともに手帳で上肢障害が確認できる者であって、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できないもの。

②呼吸器機能障害、心臓機能障害によって歩行に著しい制限を受ける者であって、医学的所見から適応が可能なもの。（※担当医師の意見書が必要です。）

（3） 使用者条件

① 日常生活において、視野、視力、聴力等に障がいを有しない者又は障がいを有するが、電動車椅子の安全走行に支障がないと判断される者。

② 歩行者として、必要最小限の交通規則を理解・遵守することが可能な者。

（4） 操作能力

次のすべての操作を円滑に実施できる障がい者であること。

ただし、アシスト式簡易型の場合には、イの（エ）を除き不要であること。

ア　基本操作	（ア）　操作ノブ等の操作 （イ）　メインスイッチ・速度切替 （ウ）　発進・停止
イ 移動操作	（ア）速度（低速・高速等）調整 （イ）直進（直線・蒲鉾・片傾斜道路）走行 （ウ）S 字・クランク走行 （エ）坂道走行 （オ）溝・段差乗越え走行 （カ）旋回 （キ）非常時の対応 （ク）その他移動に必要な動作

（5）電動車椅子の名称に係る支給目安

<table>
<tr><td>平坦路における手動自走の可否</td><td>日常生活圏の坂道・悪路における手動自走の可否
＊（ ）はアシスト式を使用した場合</td><td></td><td colspan="2">支給を検討することとなる電動車椅子の名称種別等</td></tr>
<tr><td rowspan="2">できる</td><td>できない（できる）</td><td>→</td><td>アシスト式</td><td rowspan="2">簡易型</td></tr>
<tr><td>できない（できない）</td><td>→</td><td>切替式</td></tr>
<tr><td>できない</td><td>できない</td><td>→</td><td colspan="2">簡易型又は簡易型以外</td></tr>
</table>

※簡易型に係る補装具費の支給目的のひとつは、残存能力を活かすことにあるため、支給を受けた障がい者が、電動力に依存し過ぎることのないよう、効果的な使用方法について、本人及び家族等に対し周知を図ることが必要となります。

（6）電動車椅子支給にあたっての留意事項

（ア）電動車椅子の判定は、原則、市区町村からの判定依頼を受けた後、来所で対応します。来所相談申し込み時に①来所相談申込書②見積書(熊本市のみ)③カタログ④その他必要書類を提出してください。

（イ）手帳の障害名で下肢障害又は体幹障害のみや、上肢が軽度の障害のみなどの場合は、上肢障害名を追加後に判定しますので、手帳の見直しから検討をお願いします。

（ウ）電動車椅子の支給を希望される際、支給要件に該当しない状況（歩行能力がある、車椅子自走が可能である、電動車椅子の操作が全く不可能など）で申請されるケースもありますので、十分説明をお願いします。

（エ）再支給申請の際、同型機種（付属品含む）であれば書類判定で対応しておりますので、市区町村や相談所に照会してください。

（オ）介護保険対象者は車椅子と同様の扱いです。

（カ）療育手帳所持者等、認知面の確認（操作の理解、危険時や非常時の対応等）が必要と思われる場合は、心理判定員による面談等が必要となります。十分な操作訓練はもちろん、認知面の状況についてもご確認いただき、安全面に支障がないかの検討もお願いします。

（キ）電動車椅子による事故が多発しています。いざという時の対応のため、申請者へ電動車椅子の保険等についても十分説明をお願いします。

○ 補聴器

1　機種選定

(1) 高度難聴用・重度難聴用

現症聴力が◇90dB 以上（聴覚障害 2・3 級相当）・・・重度難聴用
◇90dB 未満（聴覚障害 4・6 級相当）・・・高度難聴用　　が目安

本人の聞こえに適合した機種が支給できるよう申請前に試聴をしてください。

90dB 未満（聴覚障害 4・6 級相当）の聴力でも、試聴の結果、重度難聴用が必要な場合は、重度難聴用の処方を検討し、医師の補装具費支給意見書・処方箋（以下、「処方箋」という）の『処方理由等』欄に明記してください。

また、90dB 未満（聴覚障害 4・6 級相当）の聴力の者で医師の処方箋が重度難聴用処方の場合でも、実際に試聴した上で高度難聴用は適合しないことを確認しその旨見積書備考欄に記入してください。

(2) 補聴器の種類

ポケット型及び耳かけ型が原則です。耳あな型については、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要なものが対象。市区町村担当又は相談所職員による調査のうえ、補装具費支給の適否の判断が行われます。本人の希望というだけでは適応となりません。再支給の場合も同様です。

耳介形成不全、小耳症等で耳かけ型補聴器が使用困難な場合は、耳かけ型補聴器の装着状態等の写真を添付してください。

また、重度難聴用耳あな型は、補装具の購入基準にないため特例補装具となり別途指定医からの特例補装具費支給意見書（以下、「特例意見書」という）が必要となります。

(3) 装用耳

補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則として 1 種目につき 1 個です。左右のうち補聴器の効果が高い方（一般的に平均聴力レベル[dB]が小さい方、語音明瞭度[%]が高い方）を支給対象耳と考えます。聴力レベル[dB]が大きい方や語音明瞭度[%]が低い方へ処方をする場合には、その旨の理由を処方箋の『処方理由等』に記載することが必要です。

2　再支給

耐用年数は、通常の装着等状態において当該補装具が修理不能となるまでの予想年数が示されたものです。補聴器では耐用年数は 5 年ですが、5 年を経過後も問題なく使用が可能な場合は、再支給の対象とはなりません。補聴器の状態を十分確認するようお願いします。なお、災害等本人の責任に拠らない事情により亡失・毀損した場合は、必要と認める補装具費を再支給することが可能です。

また、補聴器を修理に出したが修理不能又は修理の見積りが高額であったという場合には、その旨の書類（メーカーからの修理見積書など）を申請者に渡し市区町村窓口で再支給について相談するように勧めてください。

3　見積書作成における留意点

(1) 処方箋との一致

処方箋どおりの見積書作成を行ってください。

機種については、試聴の結果から処方どおりでは適合しないという場合には、医師に相談してください。

イヤモールドについては、処方箋に「イヤモールド要」と記入がない場合で、試聴の結果ハウリングが生じイヤモールドの必要がある場合等は、医師に処方箋への記入を相談してください。

(2) 装用耳の記載

装用耳の確認を行うので、医師の意見書・処方箋を確認し、見積書へ記載してください（「右重度難聴用耳かけ型」「右耳用」等）。

試聴の結果や装用上の理由により、良聴耳と反対側に装用する場合は、医師の意見書・処方箋にもその理由を記載してもらう必要があります。

(3) 補聴器機種について

補聴器の機種名を記載してください。当該機種の 90dB 最大出力音圧のピーク値、または 90dB 入力最大出力音圧レベルの最大値（ピーク）を確認し、処方どおりの機種（高度用／重度用）か確認を行ってください。

見積書と一緒に当該機種の性能表（カタログの写し）を添付してください。

申請前に十分試聴を行い機種を決定し、申請後に変更が無いようにしてください。

(4) その他

① 内容について問い合わせをする場合があるので、連絡先・担当者名を必ず記入してください。支店の場合には、支店名と支店の連絡先を明記してください。登録業者の社名と押印は必要なので確認してください。

② 支給券が発行された後の機種変更では、再度判定が必要となる場合があるので、申請前に試聴も含め機種の検討を十分行ってください。

③ 一昨年から異なる JIS 規格が併用されていることから、支給基準に該当する補聴器であるか確認するために、必ず総合支援法対応機種を含む選定した補聴器の JIS 規格に基づく性能表示があるカタログ等の写しを添付してください。

4　差額自己負担

(1) 差額自己負担による機種変更が可能なもの

基本構造が同じであれば、差額を自己負担する条件で、判定と名称が異なる希望の補聴器に変更することが可能です。

※基本構造

高度難聴用処方の場合

（JIS2000 の場合）90dB 最大出力音圧のピーク値の表示値が 140dB 未満のもの

（JIS2015 の場合）90dB 入力最大出力音圧レベルの最大値（ピーク）の公称値が 130dB 未満のもの

重度難聴用処方の場合

（JIS2000 の場合）90dB 最大出力音圧のピーク値の表示値が 140dB 以上のもの

（JIS2015 の場合）90dB 入力最大出力音圧レベルの最大値（ピーク）の公称値が 130dB 以上のもの

(2) 差額自己負担による機種変更の手続き

① 必要書類

ア 差額自己負担による機種変更説明書（様式１２）

イ 見積書１枚（福祉基準の補聴器分）＋カタログ（性能表）の写し

③　留意点

ア 申請時に差額自己負担での機種変更を予定している場合は、『差額自己負担による機種変更説明書』が必要です。

イ 申請時に変更を予定していなかった場合でも、製品検査時までは差額による機種変更は可能です。その際、製品検査時に『差額自己負担による機種変更説明書』の提出が必要となります。県では原本を市町村へ、コピーを相談所へ提出してください。熊本市に関しては、相談所へ原本を提出してください。

④　その他

ア 相談所で判定を受けた補聴器については、製品検査時に支給券・製品検査名簿・補聴器（希望機種）・希望機種カタログ(性能表)等により希望機種の確認を行います（判定済みの処方箋及び見積書は相談所の棚で保管している)。

イ 修理時に生じる差額自己負担についても説明を行ってください。

５　その他

(1) 装用耳、両耳装用

① 補装具費の支給対象となる補装具の個数は､原則として1種目につき1個です。両耳ともほぼ同程度の聴力であっても､左右いずれかを選択し､障害状況や補聴効果に変化がなければ装用耳の変更はできません｡支給対象耳は通常､補聴器の装用効果が高い方とします。

② 児については、教育上必要な場合、両耳分の支給を認めています。者（18 歳以上）については、教育上又は職業上、真に必要と認められる場合となり、別途調査が必要となります。詳しくは個別に相談してください。

(2)デジタル式補聴器の調整額加算

①デジタル補聴器で、専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合、調整額を加算することができます。

②申請時には、見積書に専門的な知識・技能を有する者が調整を行なうことを明記のうえ（デジタル補聴器調整加算料と認定技能者氏名を記載する)、当該者の言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定書又は認定補聴器技能者カードの写しを添付してください。

③　調整額には仕入れにおける消費税相当額の 6.0%の加算はできません。なお、加算については、補聴器１台あたりの加算となります。また、修理申請時の調整額の加算はできません。

④　言語聴覚士又は認定補聴器技能者がデジタル補聴器の調整を実際に行い納品が完了した後は､支給券等と併せて｢様式 13｣を市区町村へ提出してください。

(3) ＦＭ補聴システム

① ＦＭ補聴システムは、教育上や職業上真に必要と認められる場合に支給可能です。

なお、学校備品のＦＭを使用中の児については、希望機器を試聴する前に市区町村に申請の相談をすることを勧めてください。

詳しくは個別にご相談ください。

② 原則、送信機１台、受信機１台の支給となります。新規・再支給とも、両受信機の希望がある場合は、Ｔコイル利用タイプの試聴をしてください。受信機１台支給後、使用上受信機１台では支障があった場合、再度判定が必要です。詳しくは個別にご相談ください。

③ 重度難聴用耳かけ型でＦＭを必要とする場合は、修理基準に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算してください。

その他の補聴器や人工内耳装用児では特例補装具となり、別途、「特例意見書」が必要です。

④ 重度難聴用耳かけ型のＦＭ（新規）の場合と、特例補装具でのＦＭ（新規・再支給）の判定に際しては、学校担任による「ＦＭ補聴システム調査表」も必要です。

※ ロジャーは基準にないため、原則、差額自己負担での対応となります。

＜参考＞　申請時の必要書類

○ 耳あな型

	対象	必要書類	備考
基準	身体障害者手帳 4 級、6 級の現症で、職業上や教育上、耳の形状等により真に必要と認められるもの	・処方箋 ・見積書 ・カタログ(性能表)の写し [以下、必要に応じて] ・就労証明書等 ・耳介の状態等の写真	・適合状況と基本構造の確認が必要 ・別途、追加調査が必要な場合あり
特例補装具	身体障害者手帳 2 級､3 級相当の現症で、職業上や教育上、耳の形状等により真に必要と認められるもの	[基準の書類に加え] ・特例補装具意見書	
差額自己負担	デザイン性等を理由として、耳あな型を希望するもので、基準額との差額を本人が負担するもの	・処方箋 ・処方機種の見積書(基準) ・差額自己負担による機種変更説明書 ・差額分のカタログ(性能表)の写し	

※ 基準・特例補装具で相談があった場合は、個別に相談のこと。

○ ＦＭ補聴システム

	対象	必要書類	備考
基準	・重度難聴用耳かけ型補聴器用 ・基準額内のもの	・処方箋 ・見積書 ・カタログ(性能表)の写し [以下、必要に応じて] ・就学、就労証明書等 ・所属する学校担任による ＦＭ補聴システム調査票	・受信機 1 台、送信機 1 台が原則 ・別途、追加調査が必要な場合あり
特例補装具	・重度難聴用耳かけ型以外の補聴器用 ・人工内耳用 ・基準額を超えるもの(真に必要な場合)	[基準の書類に加え] ・特例意見書 ・所属する学校担任による ＦＭ補聴システム調査票	

※ 者や就学前の児について相談があった場合は、個別に相談のこと。

※ 就学中で学校備品のＦＭを使用中の児については、試聴前に市町村へ申請について相談をするよう勧めること。

様式１２

補聴器差額自己負担による機種変更説明書

１　判定を受ける処方機種と見積額について

※該当するものに〇を付けてください。表にない場合はその他欄に御記入ください。

※見積額を御記入ください。

該当に〇	処　方　機　種	見　積　額
	高度難聴用ポケット型（イヤモールドなし）	円
	高度難聴用ポケット型（イヤモールドあり）	円
	重度難聴用ポケット型（イヤモールドなし）	円
	重度難聴用ポケット型（イヤモールドあり）	円
	高度難聴用耳かけ型（イヤモールドなし）	円
	高度難聴用耳かけ型（イヤモールドあり）	円
	重度難聴用耳かけ型（イヤモールドなし）	円
	重度難聴用耳かけ型（イヤモールドあり）	円
	その他[　　]	円

２　機種を変更しなかった場合の自己負担額について

原則、補装具費（見積額）の一割。

生活保護受給世帯と市町村民税非課税世帯は自己負担なし。

３　差額自己負担による機種変更を行った場合の修理について

修理申請の手続きをすることによって、判定を受けた上記処方機種１に対応する修理基準の費用が支給されます。

差額変更した場合、修理基準額を超えた分の費用や基準にない箇所の修理については自己負担となります。

令和　　年　　月　　日

上記内容について説明を行いました。

会社名（　　）　担当者名（　　）

上記内容について説明を受け、差額自己負担による機種変更を希望します。

氏名（　　印　）

様式１３

デジタル補聴器の装用に関し専門知識、技術を有する者の証明

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿氏の補装具費支給申請（補聴器）について、
以下の者がデジタル補聴器の調整を行なったことを証明します。

令和　　年　　月　　日

（補装具業者及び代表者名）　　印

調整を行なった者

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印（言語聴覚士・認定補聴器技能者）

※調整を行なった者が申請時と異なる場合は下記に証明できるものを添付
（言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定書又は認定補聴器技能者カードの写し）

※貼付欄

○人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する補装具費支給制度上、原則、同制度を利用して交付されたものに対する修理を行う際に費用の支給をしていますが、人工内耳の修理基準のみが追加され、令和２年４月１日から適用されました。

１　支給対象者

聴覚障害者（児）で、人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要であると判断している者になります。

２　対象機器

対象となる機器は、人工内耳用音声信号処理装置（標準型・残存聴力活用型）のみです。

※機器対象外としては、

ア　人工内耳用インプラント

イ　人工内耳用ヘッドセット（マイクロホン・送信コイル・送信ケーブル・マグネット・接続ケーブル等）

ウ　人工内耳用音声信号処理装置の電池

※新機種を使用したい等、本人の選好による機器の交換は対象外です。

※人工内耳用材料が破損した場合等の交換は医療保険給付の対象になります。

３　支給の留意点

支給決定に当たっては、当該人工内耳用音声信号装置について、申請に必要な項目を確認します。

・補装具業者が定める保証期間を経過していること

・補装具業者が修理可能と判断していること

・申請者が、人工内耳用音声信号処理装置の修理を対象にした任意保険に加入していないこと

※申請時に医師が作成した『人工内耳用音声信号処理装置 確認票（様式１４）』の添付が必要です。

４　その他

・補装具の修理に係る費用の額の基準は、人工内耳が身体障害者用物品ではないため、課税扱いとなり、別表の規定による価格の１００分の１１０に相当する額になります。

・修理の必要がある場合は、他制度による適用の有無を確認した上で、補装具業者が定める保証期間や任意保険加入の有無について、補装具業者や本人に聴取・確認等を行い、対応が可能な場合は優先的に活用し対応できるようになりました。

様式　１４

人工内耳用音声信号処理装置　確認票

障害者総合支援法による補装具費支給にあたり、下記の内容について確認しました。

令和　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　在　地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療担当科＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

作成医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

記

【対象者】

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　年齢＿＿＿＿歳

住所

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身障手帳障害名と等級

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　種　　級）

【使用している人工内耳用音声信号処理装置】

メーカー名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

機　種　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【確認項目】
以下に該当する場合は□に✔を入れてください。
□該当の人工内耳音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている。
□人工内耳音声信号処理装置の交換ではなく、修理が必要である。
□人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。

○眼鏡

1　支給対象者

視覚障害者（児）のうち、目の保護のために必要とする者もしくは矯正眼鏡等を使用することにより視力の向上が見込まれる者。

(1) 矯正用は、視力障害の矯正用として給付されるもの。遮光用としての機能を付加することは可能。
視野障害による身体障害者手帳（以下、手帳）所持者は適応となりません。
視野障害による手帳所持者には、同様に乱視加算も適応となりません。

※矯正機能を入れることで差額が生じる場合には自己負担となります。また、乱視についても同様です。

(2) 遮光用　以下の要件を満たす者
① 羞明を来していること
② 羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療法がないこと
③ 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定・処方であること

※処方箋の『障がい・疾患等の状況』の欄に、上記①②③について記載がされているかの確認をすること。

(3) 弱視用
矯正用・コンタクトレンズを使用しても矯正ができない場合に、物体を拡大して見る必要のある者が適応となります。掛けめがね式（主に近用）と焦点調整式（主に遠用）があります。高倍率（3 倍率以上）の主鏡（21,800 円の増）は職業上又は教育上必要な者が適応となります。

2　留意点

(1) 補装具費支給意見書・処方箋（以下、「処方箋」という）の現症矯正視力が手帳交付診断基準に満たない場合は、手帳所持者であっても矯正眼鏡の支給はできません。身障手帳取得後に手術などにより視力が回復するケースもあり、現症矯正視力の確認が必要です。

(2) 眼鏡は市区町村で判断可能ですが、判断が困難な場合には相談所へ判定を依頼することもあります。相談所で判定を行ったものは、相談所での製品検査が必要となります。その際には、現品、支給券、製品検査者名簿、処方箋、見積書（判定済みの処方箋及び見積書は相談所の棚で業者別に保管している）を揃えて、製品検査を受けてください。

(3) 障がい状況の変化に伴う、耐用年数内の矯正度数の変更を理由とする修理及び再支給は、原則、視力障害で手帳を所得している者のみ認められます。処方箋等にその旨が確認できる内容の記載が必要です。

(4) 原則、同種目の眼鏡の２具支給（遠用・近用等）の場合には、教育上・職業上の理由が必要です。「就労証明書」等の提出を求める場合もあります。

(5) 義眼・遮光用・弱視用は、受託報酬額に 6.0%の加算が可能。矯正用・コンタクトレンズは受託報酬額に 10%を加算することができます。

(6) 現在所持しているフレームをそのまま使用したい場合は、修理価格表のレンズのみ（レンズ 1 枚の価格で表示）で見積りを作成してください。

(7) 矯正用に遮光用の機能が必要な場合は、一律 30,000 円が上限額です。

(8) 遮光用眼鏡の基本構造には、前掛式（購入基準価格 21,500 円）と掛けめがね式（購入基準価格 30,000 円）があります。

(9) 修理基準が見直され、遮光用レンズ交換（修理基準価格 11,100 円）が可能となりました。

(10) 視力障害で手帳を取得している者の矯正用及び矯正用(遮光用機能付き)の申請で、乱視矯正が必要な場合、乱視分の加算が可能です。その際は、片眼、両眼にかかわらず 4,200 円の増となります。

(11) オーバーグラスは遮光用前掛式と同等の取扱いです。

(12) 耐用年数は、義眼 2 年、眼鏡 4 年です。

○重度障害者用意思伝達装置

1　支給対象者

重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。
難病等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。

※重度障害者用意思伝達装置は、意思を伝達する手段が困難な者に対して、それを補完・代償するものであり、適切な給付の時期や、機器・スイッチの選択等、医学的判定に基づく支給が必要です。他の補装具のように障がいが固定していることを前提とされたものとは限りません。進行性の疾患の場合、導入時期やスイッチ交換の時期など、適宜、本人・家族・リハビリ担当者などの医療スタッフ・処方医と十分検討を行ってください。

2　申請書類

補装具費支給意見書・処方箋（重度障害者用意思伝達装置） 様式 14-1
（以下、「処方箋」という）、
重度障害者用意思伝達装置申請に基づく意見書 様式 14-2、
見積書、カタログの写し、その他必要書類（専用機器証明書など）

(1) 身体障がい者・児の身体状況については、原則として身体障害者手帳（以下「手帳」という）の所持が必要です。ただし、両上下肢機能障害で現在は「全廃」であっても、手帳は「著しい障害」の記載の場合、現在の状態を医師が確認することで判断を行います。

(2) 音声・言語機能障害の手帳を所持していなくても、人工呼吸器を常時装着している場合や気管切開を行っている場合には、それにより現在どのような状態にあるかで判断を行います。

(3) 重度障害者用意思伝達装置申請に基づく意見書には、申請機種について試用状況の記載が必要です。申請前に十分に試用を行い、本人やご家族、医療機関と検討のうえ申請すること。

3　判定の流れ

(1) 熊本市の場合　（詳細は別表１参照）

原則、相談所職員による訪問調査を行います。また、支給決定後には、処方医師による適合判定と同医師による処方箋への署名・捺印が必要です。また、製品検査は相談所職員が使用場所へ訪問し、使用状況を確認します。
[協力内容]訪問調査時のデモ機の準備、関係者の日程調整や相談所への連絡

(2) 熊本市以外の市町村の場合　（詳細は別表２参照）

原則、相談所職員と市町村職員による訪問調査を行います。また、支給決定後には、市町村職員による適合状況及び使用状況の確認があり、市町村の適合報告書（写真添付）により、相談所で適合判定・製品検査を行います。

［協力内容］　訪問調査時のデモ機の準備

４　その他

(1)「意思伝達装置の機能を有するソフトウェア」を搭載したパソコンの申請

パソコンをベースとして「オペレートナビ」等のソフトウェアを組み合わせた（インストールした）意思伝達装置に該当する内容の申請では、「重度障害者用意思伝達装置」導入ガイドライン平成 24-25 年度改訂版(以下、「ガイドライン」という)に示された「専用機器」としての要件を満たす対応ができること、パソコン本体は、推奨動作環境モデルパソコンと同等の性能のものであることを満たす場合、パソコンも支給対象と認められます。

上記機器の申請の場合には、専用機器証明書の提出が必要です。申請の際には、パソコン本体の性能が分かる仕様書を添付してください。

(2)「専用機器」の考え方について（ガイドラインより）

「パソコンをベースとした意思伝達装置」の場合、以下の要件を満たす製品を「専用機器」と見なします。

・本体の電源を投入した際に、自動的に「意思伝達装置の機能を有するソフトウェア」が起動し、終了時に、システム電源を終了できること。
・「パソコンを主要なハードウェアとしてソフトウェアを組み込んだ機器」であっても、あくまでも「専用機器」であるので、補装具事業者が、ソフトウェアおよびハードウェアの両者を含んだ機器全体のシステムとして修理対応する等の責務を負うこと。

(3) 修理

基本的に相談所の判定となります。ただし、軽微な修理（支給時と同じ部品の交換もしくは原状回復と認められる基準額内の修理）については、相談所の判定を省略し市区町村の判断で決定を行うことが可能です。その際、処方箋は不要となります。

(4) 特例補装具

補装具費支給基準にない意思伝達装置は特例補装具となり、個別の対応となるので基準にない機器の相談があった場合は試用前に相談所へ連絡してください。

別表１

【熊本市　重度障害者用意思伝達装置　判定の流れ】

申請・判定の流れ	備考
① デモ機試用による機種の選定、 必要書類（意見書・処方箋、見積書など）の作成 【本人・家族・医療機関・業者担当者】	
② 区役所へ補装具費支給申請【本人→区役所】	◎必要書類 「意見書・処方箋」、「申請に基づく意見書」、「見積書」、「カタログコピー」、「(専用機器証明書)」
③ 区役所からの判定依頼【区役所→相談所】	
④ 判定依頼受付、事前訪問調査日程調整依頼 【相談所→業者担当者】	◎関係者へ連絡をとり日程調整をお願いします。
⑤ 訪問調査 【本人・家族・医療機関・業者担当者・相談所担当職員】	◎デモ機の試用状況の確認を行いますので、デモ機の準備をお願いします。
⑥ 判定、判定書送付【相談所→区役所】	
⑦ 決定、決定通知【区役所→本人・業者】	◎「意見書・処方箋」は当所に保管しています。持ち出しの手続きをお願いします。
⑧ 適合判定【本人・医療機関・業者】	◎処方医による適合判定をお願いします(「意見書・処方箋」への押印)。
⑨ 製品検査依頼【業者担当者→相談所】	
⑩ 製品検査 【本人・家族・医療機関・業者担当者・相談所担当職員】	※入院・入所中の者など、適合判定と製品検査が同日に実施できる場合には、決定通知受領後に日程調整をして相談所担当職員へ連絡してください。 ◎必要書類 「製品検査者名簿」、「意見書・処方箋」(適合判定済押印のあるもの)

別表２

熊本県重度障害者用意思伝達装置判定の流れ

県担当 必要な事務処理等	判定の流れ	市町村担当 必要な事務処理等
	①申請者が市町村に申請相談	・事前調査書の内容聞き取り ・事前調査書裏面の留意点に沿って内容確認及び対応 ・判定依頼となった事例は事前調査書の作成
・書類内容の確認 ・必要に応じて訂正等依頼 ・判定依頼書類一式が整い次第、市町村へ日程調整を依頼	②市町村が更生相談所に書類一式を揃え判定依頼 ＜書類＞ ・判定依頼書 ・意見書・処方箋(様式 14-1) ・申請に基づく意見書(様式 14-2) ・見積書 ・カタログコピー ・事前調査書 ・(専用機器の証明書)	・訪問同行者の日程調整を行う
	③訪問調査（機器操作状況の確認等） ＜訪問同行者＞ ・市町村担当者（原則同行） ・県判定担当と補装具担当等(２名程度) ・申請者本人 ・申請者の家族等(可能であれば) ・業者 ・申請に基づく意見書記載者(可能であれば)	
・調査内容を基に判定調査書作成 ↓ 判定医 ・判定書類一式及び判定調査書による判定 ↓ ・判定書を市町村へ送付	④更生相談所による補装具費支給要否判定	
	⑤市町村による補装具費支給決定	・補装具費支給決定通知書及び補装具費支給券を交付
判定医 ・適合報告書、写真(及び再調整の内容)にて適合判定 ・適合報告書、写真を確認 ・再調整等の必要がある事例は業者へ調整依頼 ・業者による再調整等の結果報告を求める	⑥適合状況及び使用状況確認 ＜書類＞ ・適合報告書 ・写真	(原則) ・仮納品から２週間後頃に使用場所を訪問 ・適合報告書に沿って確認、設置状況の写真撮影 ・適合報告書作成 ・更生相談所に適合報告書と写真、支給券（受領日等空欄のもの）を送付
	⑦適合判定	
・適合報告書、写真により製品検査後、支給券に押印し、市町村へ送付	⑧製品検査	・支給券を業者へ送付 ・申請者の押印後、再度支給券を市町村へ提出してもらい、決定

※ 更生相談所で判定を行うもののうち、前回と同じものの再支給や修理については、訪問調査を省略することができます。

８　難病患者等における補装具取扱い

平成 25 年 4 月 1 日に施行された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（以下「障害者総合支援法」という）において、障がい者及び障がい児の範囲に難病患者等が加わったことに伴い、難病患者等の補装具費支給については次のように取り扱っています。

１　対象者

対象疾患一覧のとおり（参考資料参照）

２　対象補装具

身体障がい者（児）に支給するものと同等のもの

３　基準額

身体障がい者（児）の基準額と同額

４　補装具費支給意見書・処方箋作成医師

熊本県：身体障害者福祉法第 15 条指定医師又は難病法第 6 条第 1 項に基づく指定医

熊本市：身体障害者福祉法第 15 条指定医師

５　申請に必要なもの

ア）身体障害者更生相談所に判定依頼が必要なもの

①　申請書
②　補装具費支給意見書・処方箋
③　見積書
④　その他必要資料

※ 身体障がい者（児）の申請方法と同様

イ）熊本市以外の市町村で判定が可能なもの

各市町村担当窓口へお問い合わせください。

ウ）区役所で判定が可能なもの

①　申請書
②　補装具費支給意見書（難病患者等）（様式１４参照）
（疾患名とそれが原因で補装具が必要となる理由の記載）
③　見積書
④　その他必要書類

※ ②の意見書は指定様式以外でも可。
意見書の中に疾患名が記載していない場合は特定疾患医療受給者証の写しで確認。

６　支給決定について

身体障がい者（児）の支給決定方法と同様

様式　１４

補　装　具　費　支　給　意　見　書

<table>
<tr><td>氏名</td><td>年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">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疾病（難病等）に該当（□する・□しない）※疾病については裏面参照</td></tr>
<tr><td colspan="2">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。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記載する。）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">必要と認める補装具</td><td>補装具の種目、名称</td></tr>
<tr><td>処　方　（注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。）</td></tr>
<tr><td>使用効果見込み（注：借受けが必要な場合は借受け機関及び効果が明確となるよう記載する。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記のとおり意見する

年　　月　　日

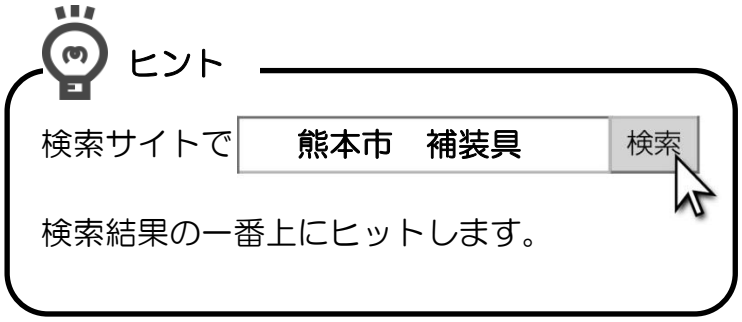
病院又は診療所名
所　　在　　地
診療担当科名

作成医師氏名　　㊞</td></tr>
</table>

各種様式、補装具費意見書・処方箋等のホームページからの入手方法

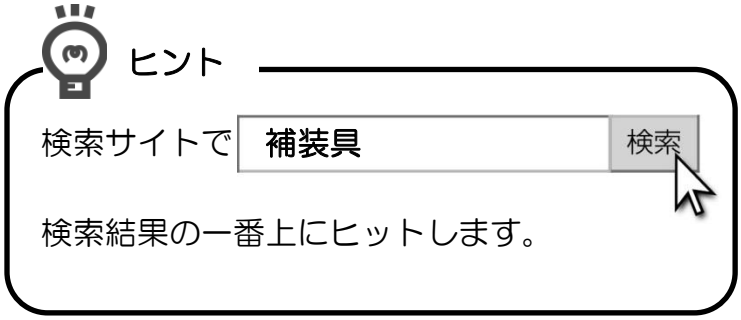
（熊本市の場合）

① 熊本市ホームページ
↓
② 健康・福祉・子育て
↓
③ 障がい者（児）福祉
↓
④ 障がい者（児）の相談
↓
⑤ 障がい者福祉相談所
↓
⑥ 補装具
補装具各種様式の項目



（熊本市以外の場合）

① 熊本県ホームページ
↓
② 検索コーナー　組織から探す
↓
③ 健康福祉部
福祉総合相談所
↓
④ 補装具各種様式

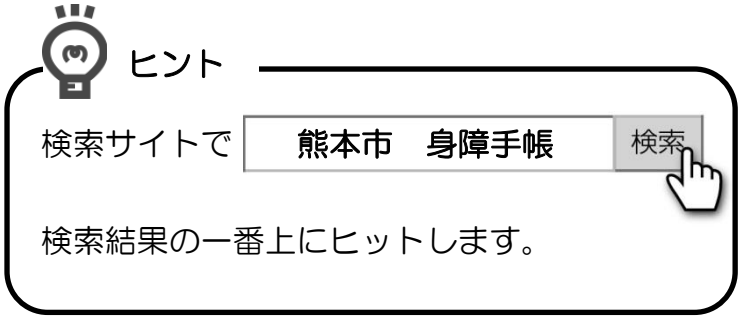


※市町村説明会資料も上記と同様のホームページに掲載しております。
⑤ 熊本県ホームページ
↓
⑥ 検索コーナー　組織から探す
↓
⑦ 健康福祉部
福祉総合相談所
↓
令和元年度　福祉総合相談所事務説明会

身体障害者福祉法 15 条指定医師のホームページでの確認方法

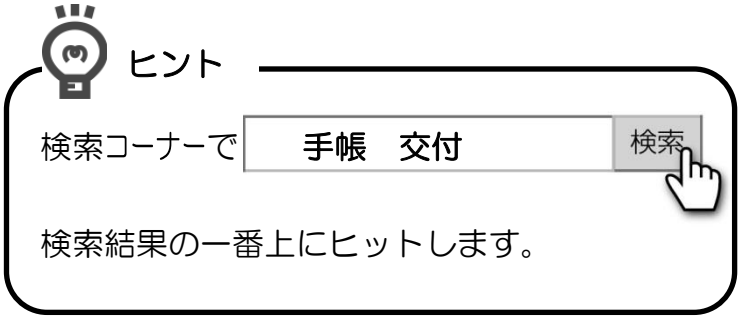
（熊本市の場合）

熊本市ホームページ
↓
① 保健・福祉・子育て
↓
② 障がい者（児）福祉
↓
③ 障害者手帳
↓
④ 身体障害者手帳
指定医師関連の項目



（熊本市以外の場合）

① 熊本県ホームページ
↓
② 健康・福祉
↓
③ 高齢者・障がい者
障がい者福祉
↓
④ 制度・手続き・障がい福祉のしおり
↓
⑤ 身体障害者手帳交付申請について
指定医師名簿（歯科以外）に記載



令和元年７月１日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（３６１疾病）

※ 新たに対象となる疾病（３疾病）
△ 表記が変更された疾病（１疾病）
○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（２９疾病）

番号	疾病名	番号	疾病名
1	アイカルディ症候群	46	カーニー複合
2	アイザックス症候群	47	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん
3	ＩｇＡ腎症	48	潰瘍性大腸炎
4	ＩｇＧ４関連疾患	49	下垂体前葉機能低下症
5	亜急性硬化性全脳炎	50	家族性地中海熱
6	アジソン病	51	家族性良性慢性天疱瘡
7	アッシャー症候群	52	カナバン病
8	アトピー性脊髄炎	53	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群
9	アペール症候群	54	歌舞伎症候群
10	アミロイドーシス	55	ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症
11	アラジール症候群	56	カルニチン回路異常症
12	アルポート症候群	57	加齢黄斑変性 ○
13	アレキサンダー病	58	肝型糖原病
14	アンジェルマン症候群	59	間質性膀胱炎（ハンナ型）
15	アントレー・ビクスラー症候群	60	環状20番染色体症候群
16	イソ吉草酸血症	61	関節リウマチ
17	一次性ネフローゼ症候群	62	完全大血管転位症
18	一次性膜性増殖性糸球体腎炎	63	眼皮膚白皮症
19	１ｐ36欠失症候群	64	偽性副甲状腺機能低下症
20	遺伝性自己炎症疾患	65	ギャロウェイ・モワト症候群
21	遺伝性ジストニア	66	急性壊死性脳症 ○
22	遺伝性周期性四肢麻痺	67	急性網膜壊死 ○
23	遺伝性膵炎	68	球脊髄性筋萎縮症
24	遺伝性鉄芽球性貧血	69	急速進行性糸球体腎炎
25	ウィーバー症候群	70	強直性脊椎炎
26	ウィリアムズ症候群	71	巨細胞性動脈炎
27	ウィルソン病	72	巨大静脈奇形（頚部口腔咽頭びまん性病変）
28	ウエスト症候群	73	巨大動静脈奇形（頚部顔面又は四肢病変）
29	ウェルナー症候群	74	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
30	ウォルフラム症候群	75	巨大リンパ管奇形（頚部顔面病変）
31	ウルリッヒ病	76	筋萎縮性側索硬化症
32	HTLV－１関連脊髄症	77	筋型糖原病
33	ＡＴＲ－Ｘ症候群	78	筋ジストロフィー
34	ＡＤＨ分泌異常症	79	クッシング病
35	エーラス・ダンロス症候群	80	クリオピリン関連周期熱症候群
36	エプスタイン症候群	81	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群
37	エプスタイン病	82	クルーゾン症候群
38	エマヌエル症候群	83	グルコーストランスポーター１欠損症
39	遠位型ミオパチー	84	グルタル酸血症1型
40	円錐角膜 ○	85	グルタル酸血症2型
41	黄色靭帯骨化症	86	クロウ・深瀬症候群
42	黄斑ジストロフィー	87	クローン病
43	大田原症候群	88	クロンカイト・カナダ症候群
44	オクシピタル・ホーン症候群	89	痙攣重積型（二相性）急性脳症
45	オスラー病	90	結節性硬化症

令和元年７月１日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（３６１疾病）

※ 新たに対象となる疾病（３疾病）
△ 表記が変更された疾病（１疾病）
○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（２９疾病）

91	結節性多発動脈炎		136	シェーグレン症候群	
92	血栓性血小板減少性紫斑病		137	色素性乾皮症	
93	限局性皮質異形成		138	自己貪食空胞性ミオパチー	
94	原発性局所多汗症	○	139	自己免疫性肝炎	
95	原発性硬化性胆管炎		140	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症	
96	原発性高脂血症		141	自己免疫性溶血性貧血	
97	原発性側索硬化症		142	四肢形成不全	○
98	原発性胆汁性胆管炎		143	シトステロール血症	
99	原発性免疫不全症候群		144	シトリン欠損症	
100	顕微鏡的大腸炎	○	145	紫斑病性腎炎	
101	顕微鏡的多発血管炎		146	脂肪萎縮症	
102	高ＩｇＤ症候群		147	若年性特発性関節炎	
103	好酸球性消化管疾患		148	若年性肺気腫	
104	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症		149	シャルコー・マリー・トゥース病	
105	好酸球性副鼻腔炎		150	重症筋無力症	
106	抗糸球体基底膜腎炎		151	修正大血管転位症	
107	後縦靭帯骨化症		152	ジュベール症候群関連疾患	
108	甲状腺ホルモン不応症		153	シュワルツ・ヤンペル症候群	
109	拘束型心筋症		154	徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症	
110	高チロシン血症1型		155	神経細胞移動異常症	
111	高チロシン血症2型		156	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症	
112	高チロシン血症3型		157	神経線維腫症	
113	後天性赤芽球癆		158	神経フェリチン症	
114	広範脊柱管狭窄症		159	神経有棘赤血球症	
115	膠様滴状角膜ジストロフィー	※	160	進行性核上性麻痺	
116	抗リン脂質抗体症候群		161	進行性骨化性線維異形成症	
117	コケイン症候群		162	進行性多巣性白質脳症	
118	コステロ症候群		163	進行性白質脳症	
119	骨形成不全症		164	進行性ミオクローヌスてんかん	
120	骨髄異形成症候群	○	165	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症	
121	骨髄線維症	○	166	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症	
122	ゴナドトロピン分泌亢進症		167	スタージ・ウェーバー症候群	
123	５ｐ欠失症候群		168	スティーヴンス・ジョンソン症候群	
124	コフィン・シリス症候群		169	スミス・マギニス症候群	
125	コフィン・ローリー症候群		170	スモン	○
126	混合性結合組織病		171	脆弱X症候群	
127	鰓耳腎症候群		172	脆弱Ｘ症候群関連疾患	
128	再生不良性貧血		173	成人スチル病	
129	サイトメガロウィルス角膜内皮炎	○	174	成長ホルモン分泌亢進症	
130	再発性多発軟骨炎		175	脊髄空洞症	
131	左心低形成症候群		176	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)	
132	サルコイドーシス		177	脊髄髄膜瘤	
133	三尖弁閉鎖症		178	脊髄性筋萎縮症	
134	三頭酵素欠損症		179	セピアプテリン還元酵素（SR）欠損症	
135	CFC症候群		180	前眼部形成異常	

令和元年７月１日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（３６１疾病）

※ 新たに対象となる疾病（３疾病）
△ 表記が変更された疾病（１疾病）
○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（２９疾病）

181	全身性エリテマトーデス		
182	全身性強皮症	△	
183	先天異常症候群		
184	先天性横隔膜ヘルニア		
185	先天性核上性球麻痺		
186	先天性気管狭窄症／先天性声門下狭窄症		
187	先天性魚鱗癬		
188	先天性筋無力症候群		
189	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール（GPI）欠損症		
190	先天性三尖弁狭窄症		
191	先天性腎性尿崩症		
192	先天性赤血球形成異常性貧血		
193	先天性僧帽弁狭窄症		
194	先天性大脳白質形成不全症		
195	先天性肺静脈狭窄症		
196	先天性風疹症候群	○	
197	先天性副腎低形成症		
198	先天性副腎皮質酵素欠損症		
199	先天性ミオパチー		
200	先天性無痛無汗症		
201	先天性葉酸吸収不全		
202	前頭側頭葉変性症		
203	早期ミオクロニー脳症		
204	総動脈幹遺残症		
205	総排泄腔遺残		
206	総排泄腔外反症		
207	ソトス症候群		
208	ダイアモンド・ブラックファン貧血		
209	第14番染色体父親性ダイソミー症候群		
210	大脳皮質基底核変性症		
211	大理石骨病		
212	ダウン症候群	○	
213	高安動脈炎		
214	多系統萎縮症		
215	タナトフォリック骨異形成症		
216	多発血管炎性肉芽腫症		
217	多発性硬化症／視神経脊髄炎		
218	多発性軟骨性外骨腫症	○	
219	多発性嚢胞腎		
220	多脾症候群		
221	タンジール病		
222	単心室症		
223	弾性線維性仮性黄色腫		
224	短腸症候群	○	
225	胆道閉鎖症		
226	遅発性内リンパ水腫		
227	チャージ症候群		
228	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群		
229	中毒性表皮壊死症		
230	腸管神経節細胞僅少症		
231	TSH分泌亢進症		
232	TNF受容体関連周期性症候群		
233	低ホスファターゼ症		
234	天疱瘡		
235	禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症		
236	特発性拡張型心筋症		
237	特発性間質性肺炎		
238	特発性基底核石灰化症		
239	特発性血小板減少性紫斑病		
240	特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）		
241	特発性後天性全身性無汗症		
242	特発性大腿骨頭壊死症		
243	特発性多中心性キャッスルマン病		
244	特発性門脈圧亢進症		
245	特発性両側性感音難聴		
246	突発性難聴	○	
247	ドラベ症候群		
248	中條・西村症候群		
249	那須・ハコラ病		
250	軟骨無形成症		
251	難治頻回部分発作重積型急性脳炎		
252	22q11.2欠失症候群		
253	乳幼児肝巨大血管腫		
254	尿素サイクル異常症		
255	ヌーナン症候群		
256	ネイルパテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）/LMX1B関連腎症		
257	脳腱黄色腫症		
258	脳表ヘモジデリン沈着症		
259	膿疱性乾癬		
260	嚢胞性線維症		
261	パーキンソン病		
262	バージャー病		
263	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症		
264	肺動脈性肺高血圧症		
265	肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）		
266	肺胞低換気症候群		
267	ハッチンソン・ギルフォード症候群	※	
268	バッド・キアリ症候群		
269	ハンチントン病		
270	汎発性特発性骨増殖症	○	

令和元年７月１日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（３６１疾病）

※ 新たに対象となる疾病（３疾病）
△ 表記が変更された疾病（１疾病）
○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（２９疾病）

271	ＰＣＤＨ19関連症候群	
272	非ケトーシス型高グリシン血症	
273	肥厚性皮膚骨膜症	
274	非ジストロフィー性ミオトニー症候群	
275	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症	
276	肥大型心筋症	
277	左肺動脈右肺動脈起始症	
278	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症	
279	ビタミンＤ抵抗性くる病/骨軟化症	
280	ビッカースタッフ脳幹脳炎	
281	非典型溶血性尿毒症症候群	
282	非特異性多発性小腸潰瘍症	
283	皮膚筋炎／多発性筋炎	
284	びまん性汎細気管支炎	○
285	肥満低換気症候群	○
286	表皮水疱症	
287	ヒルシュスプルング病（全結腸型又は小腸型）	
288	VATER症候群	
289	ファイファー症候群	
290	ファロー四徴症	
291	ファンコニ貧血	
292	封入体筋炎	
293	フェニルケトン尿症	
294	フォンタン術後症候群	※ ○
295	複合カルボキシラーゼ欠損症	
296	副甲状腺機能低下症	
297	副腎白質ジストロフィー	
298	副腎皮質刺激ホルモン不応症	
299	ブラウ症候群	
300	プラダー・ウィリ症候群	
301	プリオン病	
302	プロピオン酸血症	
303	PRL分泌亢進症（高プロラクチン血症）	
304	閉塞性細気管支炎	
305	β-ケトチオラーゼ欠損症	
306	ベーチェット病	
307	ベスレムミオパチー	
308	ヘパリン起因性血小板減少症	○
309	ヘモクロマトーシス	○
310	ペリー症候群	
311	ペルーシド角膜辺縁変性症	○
312	ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。）	
313	片側巨脳症	
314	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	
315	芳香族Ｌ－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症	
316	発作性夜間ヘモグロビン尿症	
317	ポルフィリン症	
318	マリネスコ・シェーグレン症候群	
319	マルファン症候群	
320	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー	
321	慢性血栓塞栓性肺高血圧症	
322	慢性再発性多発性骨髄炎	
323	慢性膵炎	○
324	慢性特発性偽性腸閉塞症	
325	ミオクロニー欠神てんかん	
326	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	
327	ミトコンドリア病	
328	無虹彩症	
329	無脾症候群	
330	無βリポタンパク血症	
331	メープルシロップ尿症	
332	メチルグルタコン酸尿症	
333	メチルマロン酸血症	
334	メビウス症候群	
335	メンケス病	
336	網膜色素変性症	
337	もやもや病	
338	モワット・ウイルソン症候群	
339	薬剤性過敏症症候群	○
340	ヤング・シンプソン症候群	
341	優性遺伝形式をとる遺伝性難聴	○
342	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん	
343	４p欠失症候群	
344	ライソゾーム病	
345	ラスムッセン脳炎	
346	ランゲルハンス細胞組織球症	○
347	ランドウ・クレフナー症候群	
348	リジン尿性蛋白不耐症	
349	両側性小耳症・外耳道閉鎖症	○
350	両大血管右室起始症	
351	リンパ管腫症/ゴーハム病	
352	リンパ脈管筋腫症	
353	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）	
354	ルビンシュタイン・テイビ症候群	
355	レーベル遺伝性視神経症	
356	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症	
357	劣性遺伝形式をとる遺伝性難聴	○
358	レット症候群	
359	レノックス・ガストー症候群	
360	ロスムンド・トムソン症候群	
361	肋骨異常を伴う先天性側弯症	