

令和 4 年度 補装具事業者説明会



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：13:00～
- （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1：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3）をご提出ください。）

様式2：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をお願いします。
- 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1、2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。
- 車椅子、電動車椅子の申し込みにおいては、補助情報確認票の提出もお願いします。

〔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いたします。

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：13:00～

- （４）予約方法

①予約表（様式３）によりメール等で申し込んでください。

※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（高本・二子石宛て）

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）受付時間

8:45～12:00 13:30～17:00

※来所相談の時間は避けてください。また、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。

- （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、装具など種目が異なる場合は、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）受付時間

8:45～12:00 13:30～17:00

※来所相談の時間は避けてください。また、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。

- （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、製品、支給券を持参のうえ、担当者に提出してください。

義肢・装具 来所相談申込書

様式 1

フリガナ		性別	M T	年	月	日	歳
氏 名		男・女	S H R				
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
-------------------	----	-----

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	M T S H R	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。

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 (- -)						
1	フリガナ	性別	生年月日	年	月	日
	氏名					
住 所		電話番号		-	-	
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						

フリガナ		性別	生年月日	年	月	日
2	氏名					
	住 所		電話番号		-	-
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						

フリガナ		性別	生年月日	年	月	日
3	氏名					
	住 所		電話番号		-	-
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

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
/	

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 ☐ 高度 ☐ 左耳 ☐ 重度 ☐ 両耳	☐ 耳掛け ☐ 耳あなレィー ☐ ポケット ☐ 耳あなオダ- ☐ その他[]		円
			年 月 日	☐ 購入 ☐ 修理	☐ 右耳 ☐ 高度 ☐ 左耳 ☐ 重度 ☐ 両耳	☐ 耳掛け ☐ 耳あなレィー ☐ ポケット ☐ 耳あなオダ- ☐ その他[]		円
			年 月 日	☐ 購入 ☐ 修理	☐ 右耳 ☐ 高度 ☐ 左耳 ☐ 重度 ☐ 両耳	☐ 耳掛け ☐ 耳あなレィー ☐ ポケット ☐ 耳あなオダ- ☐ その他[]		円
			年 月 日	☐ 購入 ☐ 修理	☐ 右耳 ☐ 高度 ☐ 左耳 ☐ 重度 ☐ 両耳	☐ 耳掛け ☐ 耳あなレィー ☐ ポケット ☐ 耳あなオダ- ☐ その他[]		円
			年 月 日	☐ 購入 ☐ 修理	☐ 右耳 ☐ 高度 ☐ 左耳 ☐ 重度 ☐ 両耳	☐ 耳掛け ☐ 耳あなレィー ☐ ポケット ☐ 耳あなオダ- ☐ その他[]		円
備考								

区役所入力期限 ： 月 日までに入力をお願いします

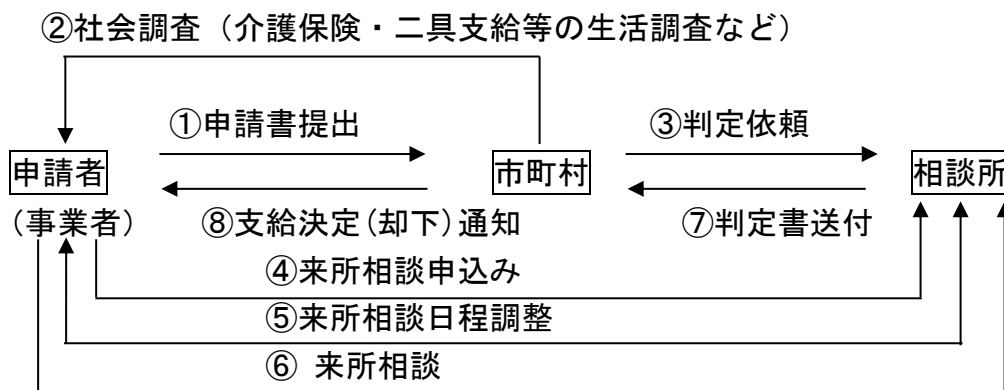
熊本市障がい者福祉相談所	
入力日	入力者
/	

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 補装具事業者が来所相談申込書等を相談所に提出（様式 6 または 7）
- ⑤ 市町村より判定依頼後、相談所が来所日程調整
- ⑥ 申請者が補装具事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

- ・ 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、来所相談申込書に来所希望日の記載欄あり（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。
- ・ 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、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。

〔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。
- ・ 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

- ・ 予約表（様式 8）によりメール等で提出してください。
- ・ 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製品を持参してください。

※修理で意見書・処方箋がない場合は、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。

※判定事務担当の山口及び太田が対応します。

※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。

なお、実施機関が不明な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、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支給券、③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atalog（性能表）の写しが必要です。（P36 4(2)参照）

※判定事務担当の益満及び森田等が対応します。

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			

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	M T S H R	年	月	日 (歳)
氏 名		男・女					
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。

〔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 ()				
フリガナ 1 氏名			生 年 月 日	MT SH 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				
フリガナ 2 氏名			生 年 月 日	MT SH 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。				

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と一緒に提出していただく場合があります。

（3）完成用部品のカatalog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）
- ・使用中の補装具の現状がわかるもの
- ・耐用年数内での再支給申請や修理（交換）の場合は、その原因や破損及び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

（2）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

（3）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

（4）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〕相談申込から来所までの流れ

①骨格構造義肢の申請相談〔申請者→補装具事業者〕

- ・申請者と補装具事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市町村へ骨格構造義肢の相談内容（種目、概算等）を報告（熊本市以外）

〔申請者・補装具事業者→市町村〕

※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〔補装具事業者→相談所〕

※熊本市以外の市町村の場合は、判定依頼書が送付された後に相談所から必要書類を提出するよう連絡します。

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→補装具事業者〕

- ・相談所にて上記④での審査後、補装具事業者に日程調整の連絡をします。連絡後に来所日の調整を本人又は関係者で行ってください。

⑥来所（外来）相談日の決定〔補装具事業者→相談所〕

- ・来所日の調整ができれば整形外来（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。

※予約状況によっては、希望日の変更をお願いする場合があります。

⑦来所

- ・来所時は必ず身体障害者手帳を持参するよう説明してください。
- ・補装具事業者の担当者も来所してください。

骨格構造義足 申請理由書

提出日：令和 年 月 日

(取扱い製作者)

業者名

住所

代表者名

電話番号

担当者名

印

1 申請者の状況等

ふりがな			男・女	生年月日	M T S H R	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
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・試命中写真)

(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。

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詳細にご記入ください。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します。

（４）補装具費支給意見書・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、持ち出し簿を記入し、当所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、事業者分）」「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

補装具の軽微な修理（交換）については、各区役所にて判定を行う場合があります。申請の際は、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個別の写真添付や詳細な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。

※修理（交換）内容によっては、意見書・処方箋が必要な場合があります。

※緊急な対応が必要な場合は、各区役所担当者へ事前に相談してください。

5-2 補装具判定（熊本県）

（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。

（３）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（来所相談の場合は相談所で保管）。
なお、車椅子等で処方箋の訂正が必要な場合は、持ち出し簿を記入し職員の確認印をうけてください。

（４）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は、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、金額等の誤りや計上漏れ等がないよう作成をお願いします。

※問い合わせを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、折り返しの電話をお願いした後、連絡をいただけないことがありますので迅速な支給のためにも御協力をお願いします。

(5) 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。

(6) 処方内容及び見積り変更の取扱い

- ・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。（丸で囲んだ数字は、補装具事業者が対応）

○再判定の流れ

- ① 市町村及び相談所へ連絡し、変更が必要な理由や内容の説明を行い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 再判定が必要な理由書（様式自由、事業者押印）、補装具費支給意見書・処方箋の加筆・修正（医師押印）を行い相談所へ提出
 - ④ 修正した見積書（市町村：原本、相談所：写し）を提出
 - 5 相談所で再判定を行い、判定書を市町村へ送付
 - 6 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
 - ⑦ 支給券送付後に製作（修理）を開始
- ※以降は通常の手続きと同様

○必要書類

- ・市町村に送付：支給券（発行されている場合）
見積書（修正したもの：原本）
- ・相談所に送付：補装具費支給意見書・処方箋（修正したもの）
見積書（修正したもの：写で可）
理由書（変更箇所や理由を記載）

(7) 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個別の写真添付や詳細な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。
- ※修理（交換）内容によっては、意見書・処方箋が必要な場合があります。
- ※緊急な対応が必要な場合は、市町村担当者へ事前に相談してください。

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（製作要素に含む）。
- ⑥ 既製品の補装具を使用する場合の見積りは、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）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 軽微な修理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な場合等は、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、支給決定通知書等にその旨の記載を市区町村へお願しているところです。製品検査の実施機関が不明な場合は、市区町村へ確認してください。
- 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、生理的又は病理的变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、引渡し後 9ヶ月以内に生じた破損又は不適合は、補装具事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、補装具事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。（令和4年3月31日障発0331第4号『補装具費支給事務取扱指針』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、車椅子を事前に検討してください。検討の結果、座位保持装置が必要な障がい状況であれば、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）による適合判定を実施してください。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、各相談所で行います。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、各市区町村で製品検査を受けてください。

⑤支給個数

原則、1 種目 1 個の支給です。職業又は教育上特に必要と認めた場合は 2 個とする場合もあります。なお、構造フレームが車椅子や完成用部品（大車輪あり）の場合は、車椅子と同機能を有するとみなされ 2 個目に該当する場合があります。

○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。
※重複障害の場合、総合等級ではなく下肢又は体幹の等級で判断します。
- 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。

下肢障がいのみで等級が4級以下の方が車椅子を希望する場合は、手帳の等級変更手続き等を検討する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お願いする場合があります。

※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、今後の自立を考慮して普通型を選択する場合は、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及び要領により、車椅子の種類や付属品について対象者が限定される場合があります。

車椅子名称	対象者（補装具費支給事務取扱指針より）
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等、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 頸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がある者。 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つ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がある者。
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つて、自立姿勢変換が困難な者等。

（付属品例）

部品名	対象者（補装具費支給事務取扱要領より）
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、医療機関へ確認してください。
- ※頸髄損傷・筋ジストロフィー症等の障がい者については、入院中であっても支給可能な場合があります。
- 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（機能訓練入所）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は、必要に応じて検討を行います。

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、事前の認定が必要）。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付属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（特例補装具の構造及び当該付属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2具目の支給は出来ません。学校用や職場用として必要性がある場合は、支給の検討を行います。

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

チェック



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・・・・・・・・市長又は福祉事務所長

町村・・・・・・・・・・町長又は村長

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
転等防止装置(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と加算額の合計が定価(150,000円)より低いため、見積の価格とする。

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(加算額も含む)と既製品の定価を比較して安価な方を選択

本人に必要なでない付属品は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「障がい者等」という。）の身体の状態、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

学齡児以上であって、次のいずれかに該当する障がい者等であること。

- 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、難病等で歩行に著しい制限を受ける者、又は歩行により症状の悪化をきたす者であって、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）

(3) 使用者条件

次のいずれにも該当する障がい者等であること

- ① 日常生活において、視野、視力、聴力等に障がいをもたない者又は障がいをもたすが、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等であること。

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・速度切り替え (ウ) 発進・停止
イ 移動操作	(ア) 速度（低速・高速等）調節 (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

平坦路における手動自走の可否	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	支給を検討することとなる電動車椅子の名称種別等	
できる	できない (できる)	→ アシスト式	簡易型
	できない (できない)	→ 切替式	
できない	できない	→	簡易型又は簡易型以外

※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り、支給を受けた障がい者等が、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、来所にて対応します。来所相談申し込みの際は、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、下肢又は体幹障害のみの場合等は、原則、上肢障害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取扱いです。
- 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、来所時に心理判定員による面談が必要となります。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 未満（聴覚障害 4・6 級相当）・・・高度難聴用
◇90dB 以上（聴覚障害 2・3 級相当）・・・重度難聴用 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となります。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、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。）が別途必要となります。

(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。補聴器の耐用年数は5年ですが、5年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、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、処方箋の「イヤモールド要」に記入はないが試聴の結果ハウリングが生じイヤモールドが必要と思われる場合等は、医師に処方箋への追記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って機種を決定するようお願いします。

(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、支店名と連絡先を明記してください。登録事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 補聴器の基本構造は、JIS C 5512-2000、または、JIS C 5512-2015 のいずれかで定められた内容を満たすものです。基準に該当するか確認するために、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必ず添付してください（総合支援法対応機種を含む）。

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）
- ウ 福祉基準のカatalog（性能表）の写し

② 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。熊本市以外の方は原本を市町村へ、コピーを県の相談所へ提出してください。熊本市の分に関しては、市の相談所へ原本を提出してください。

③ 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atalog（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で保管）。
- 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旨を明記し、加算料を計上のうえ、担当者氏名を記載してください。また、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別途添付してください。
- 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) 人工内耳装用の有無

令和 2 年度より人工内耳が補装具費（修理）対象となったことから、申請者に窓口で人工内耳装用の有無を確認します。市区町村が人工内耳の装用状況について確認してきた際にはご協力をお願いします。

(4) デジタル方式ワイヤレス補聴システム（ワイヤレスマイク、受信機）

令和 4 年度の告示改正により、FM 型に関する記述が削除され、ワイヤレスマイク、受信機が追加されました。

（基準額）ワイヤレスマイク 128,000 円、受信機 92,000 円

- ① 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、学校備品の補聴システム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補聴システム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補聴システム（新規）の場合と、特例補装具での補聴システム（新規・再支給）の判定に際しては、学校担任による「補聴システム調査表」も必要です。

※ FM 型補聴器の修理申請等があった場合は、特例補装具として対応します。

<参考> 申請時の必要書類

○ 耳あな型

※ 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。

	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	

○ デジタル方式ワイヤレス補聴システム

	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補聴システム調査票	・ 受信機 1 台、送信機 1 台が原則
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 [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補聴システム調査票	・ 別途、追加調査が必要な場合あり

※ 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補聴システムを使用中の児については、試聴前に市区町村へ申請について相談をするよう勧めること。

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○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○	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)

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

①対象

人工内耳用音声信号処理装置（標準型・残存聴力活用型）の修理のみ

②対象外

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。

- ・補装具事業者が定める保証期間を経過していること
- ・補装具事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、補装具事業者が定める保証期間や任意保険加入の有無について、補装具事業者や本人に聴取・確認等を行い、それらで対応が可能な場合は優先的に活用してください。

補装具費支給意見書・処方箋(人工内耳用音声信号処理装置の修理)兼確認票

氏 名		男・女	生年 月 日	MTSHR	年 月 日	歳
住 所						
障害名			原因疾病名（難病等）に該当（ ☐ する ☐ しない）			
(種 級)						
障がい・疾患等の状況						
人工内耳		手術日	医療機関名	メーカー	機種名	
	右	年 月 日				
	左	年 月 日				
修理対象耳		右・左・両	使用効果見込み			

上記のとおり意見、処方する。

【人工内耳音声信号処理装置 確認内容】

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。

【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。

年 月 日

所在地

医療機関名

診療担当科

作成医師氏名

印

○眼鏡

1 支給対象者

視覚障害者（児）等のうち、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〔対象：視力障害〕

視力障害の矯正用として給付されるもの。下記(2)の要件を満たし遮光用としての機能が必要な場合は追加も可能。

※ 視野障害のみによる身体障害者手帳（以下手帳という。）所持者では支給対象となりません。視野障害による手帳所持者には、同様に乱視加算も対象外です。

(2) 遮光用〔対象：視覚障害（視力障害・視野障害いずれも可）〕

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。

※ 視野障害による手帳所持者で、矯正機能を入れることにより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。

(3) 弱視用〔対象：視力障害〕

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。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で保管）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、視力障害で手帳を取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、基準価格に6.0%の加算が可能。矯正用・コンタクトレンズは基準価格に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) 遮光矯正用レンズ交換及び遮光用レンズ交換は、基準価格11,100円となります。
- (10) 視力障害で手帳を取得している者の矯正用及び遮光矯正用の申請で、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円増しとなります。
- (11) 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。進行性の疾患の場合、障がい状況の変化が想定されるため、導入時期やスイッチ交換の時期など関係者と十分検討を行ってください。

2 申請書類

- ① 補装具費支給意見書・処方箋（以下「処方箋」という。）
- ② 重度障害者用意思伝達装置申請に基づく意見書
- ③ 見積書
- ④ カタログ
- ⑤ 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してください。

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。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自署又は記名押印が必要です。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。

[協力依頼内容]

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）

訪問調査による判定を基本とするが、新型コロナウイルス感染症の状況により、個別に対応を検討します。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。

[協力依頼内容] 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る場合もあります。

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

原則、相談所での判定となりますが、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。

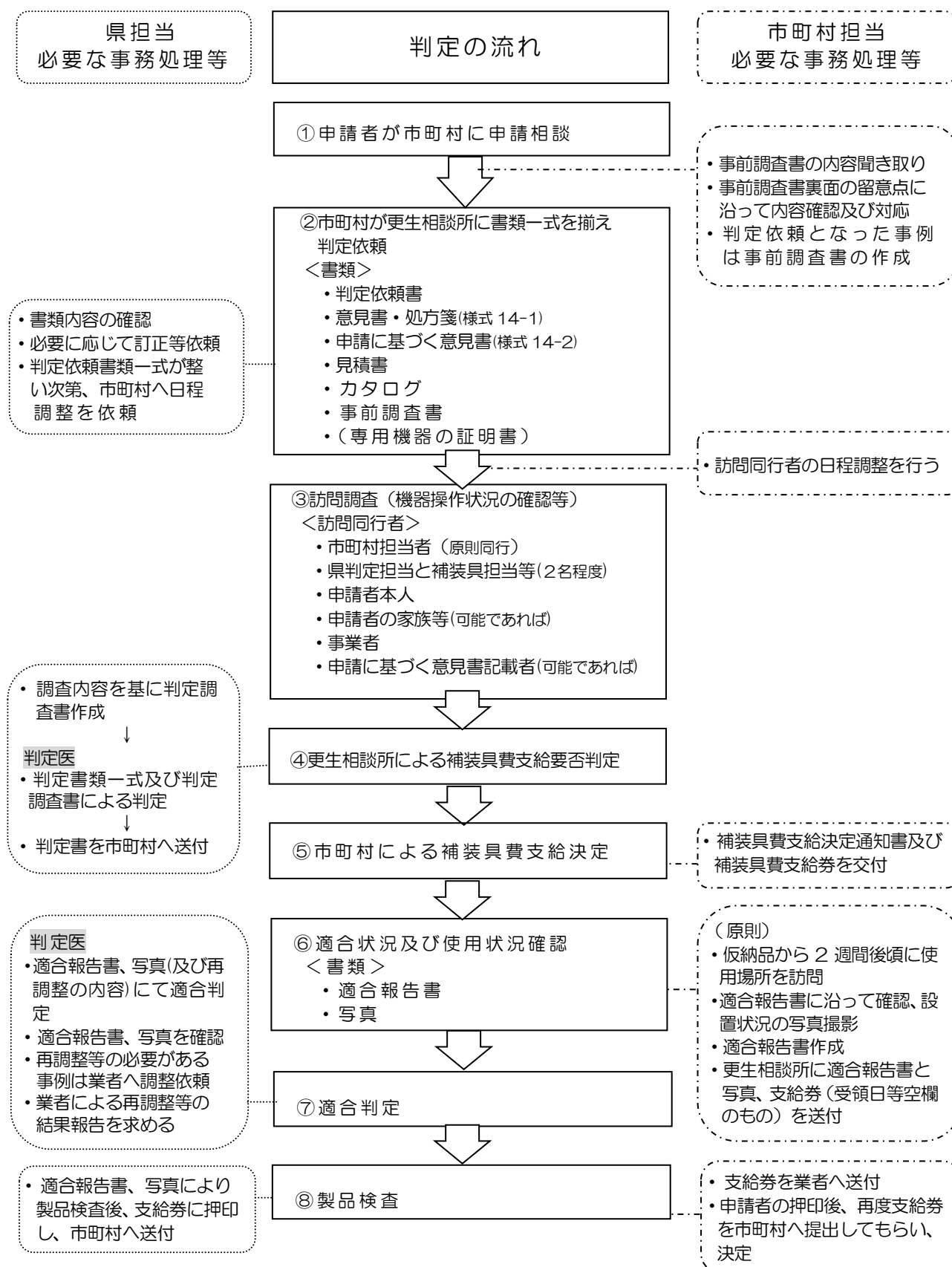
(4) 特例補装具

基準にない重度障害者用意思伝達装置は特例補装具となり、個別の対応となります。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。

【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を選定、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・事業者担当者】 ② 区役所へ補装具費支給申請【本人→区役所】 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→事業者担当者】 ⑤ <u>訪問調査</u> 【本人・家族・医療機関・事業者担当・相談所担当職員】 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・事業者】 ⑧ 適合判定【本人・医療機関・事業者】 ⑨ 製品検査依頼【事業者担当→相談所】 ⑩ <u>製品検査</u> 【本人・家族・医療機関・事業者担当・相談所担当職員】	◎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)」 ◎関係者へ連絡をとり日程調整をお願いします。 ◎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。 ◎「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。 ◎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）。 ※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）

熊本県重度障害者用意思伝達装置判定の流れ



※コロナ禍のため個別に対応を検討します。申請の際は事前にご相談ください。

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 1 4 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

補 装 具 費 支 給 意 見 書

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疾病（難病等）に該当（□する・□しない）※疾病については裏面参照		
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。)		
必要と認める補装具	補装具の種目、名称	
	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。)	
	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。)	
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		

印

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



ヒント

検索サイトで

熊本市 補装具

検索

検索結果の一番上にヒットします。

(熊本市以外の場合)

- ① 熊本県ホームページ
- ↓
- ② 検索キーワード『補装具』と入力
- ↓
- ③ 「補装具各種様式」（検索結果の一番上にヒットします）

※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。

熊本県ホームページ



検索キーワード『福祉総合相談所』と入力



「令和4年度 福祉総合相談所事務説明会（5月19日）」
（検索結果の上から5番目にヒットします）

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



ヒント

検索サイトで

熊本市 身障手帳

検索



検索結果の一番上にヒットします。

(熊本市以外の場合)

① 熊本県ホームページ



② 検索キーワード『身障手帳』と入力



③ 「身体障害者手帳交付申請について」（検索結果の一番上にヒットします）



④ 「2 指定医師関連」の「指定医師名簿（歯科以外）R4. 4. 1」に記載

令和3年11月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（366疾病）

※新たに対象となる疾病（6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	48	潰瘍性大腸炎
2	アイザックス症候群	49	下垂体前葉機能低下症
3	IgA 腎症	50	家族性地中海熱
4	IgG4 関連疾患	51	家族性低 β リポタンパク血症 1（ホモ接合体）※
5	亜急性硬化性全脳炎	52	家族性良性慢性天泡瘡
6	アジソン病	53	カナバン病
7	アッシャー症候群	54	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アナ症候群
8	アトピー性脊髄炎	55	歌舞伎症候群
9	アペール症候群	56	ガラクトース1-リン酸グリルトランスフェラーゼ欠損症
10	アミロイドーシス	57	カルニチン回路異常症
11	アラジール症候群	58	加齢黄斑変性○
12	アルポート症候群	59	肝型糖原病
13	アレキサンダー病	60	間質性膀胱炎（ハンナ型）
14	アンジェルマン症候群	61	環状 20 番染色体症候群
15	アントレー・ビクスラー症候群	62	関節リウマチ
16	イソ吉草酸血症	63	完全大血管転位症
17	一次性ネフローゼ症候群	64	眼皮膚白皮症
18	一次性膜性増殖性糸球体腎炎	65	偽性副甲状腺機能低下症
19	1p36 欠失症候群	66	ギャロウェイ・モフト症候群
20	遺伝性自己炎症疾患	67	急性壊死性脳症○
21	遺伝性ジストニア	68	急性網膜壊死○
22	遺伝性周期性四肢麻痺	69	球脊髄性筋萎縮症
23	遺伝性膀胱炎	70	急速進行性糸球体腎炎
24	遺伝性鉄芽球形貧血	71	強直性脊椎炎
25	ウィーバー症候群	72	巨細胞性動脈炎
26	ウィリアムズ症候群	73	巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）
27	ウィルソン病	74	巨大動脈奇形（頸部顔面又は四肢病変）
28	ウエスト症候群	75	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
29	ウェルナー症候群	76	巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）
30	ウォルフラム症候群	77	筋萎縮性側索硬化症
31	ウルリッヒ病	78	筋型糖原病
32	HTLV-1 関連脊髄症	79	筋ジストロフィー
33	ATR-X 症候群	80	クッシング病
34	ADH 分泌異常症	81	クリオピリン関連周期熱症候群
35	エーラス・ダンロス症候群	82	クリッペル・トレノエ・ウェーバー症候群
36	エプスタイン症候群	83	クルーゾン症候群
37	エプスタイン病	84	グルコーストランスポーター 1 欠損症
38	エマヌエル症候群	85	グルタル酸血症 1 型
39	遠位型ミオパチー	86	グルタル酸血症 2 型
40	円錐角膜○	87	クロウ・深瀬症候群
41	黄色靱帯骨化症	88	クローン病
42	黄斑ジストロフィー	89	クロンカイト・カナダ症候群
43	大田原症候群	90	痙攣重責型（二相性）急性脳症
44	オキシピタル・ホーン症候群	91	結節性硬化症
45	オスラー病	92	結節性多発動脈炎
46	カーニー複合	93	血栓性血小板減少性紫斑病
47	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん	94	限局性皮質異形成

95	原発性局所多汗症	○	147	脂肪萎縮症
96	原発性硬化性胆管炎		148	若年性特発性関節炎
97	原発性高脂血症		149	若年性肺気腫
98	原発性側索硬化症		150	シャルコー・マリー・トゥース病
99	原発性胆汁性胆管炎		151	重症筋無力症
100	原発性免疫不全症候群		152	修正大血管転位症
101	顕微鏡の大腸炎	○	153	ジュベール症候群関連疾患
102	顕微鏡的多発血管炎		154	シュワルツ・ヤンベル症候群
103	高 IgD 症候群		155	徐波睡眠期待持続性棘徐波を示すてんかん性脳症
104	好酸球性消化管疾患		156	神経細胞移動異常症
105	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症		157	神経軸索スフィロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
106	好酸球性副鼻腔炎		158	神経線維腫症
107	抗糸球体基底膜腎炎		159	神経フェリチン症
108	後縦靱帯骨化症		160	神経有棘赤血球症
109	甲状腺ホルモン不応症		161	進行性核上性麻痺
110	拘束型心筋症		162	進行性家族性肝内胆汁うっ滞症 ※
111	高チロシン血症 1 型		163	進行性骨化性線維異形成症
112	高チロシン血症 2 型		164	進行性多巣性白質脳症
113	高チロシン血症 3 型		165	進行性白質脳症
114	後天性赤芽球癆		166	進行性ミオクロームステんかん
115	広範脊柱管狭窄症		167	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
116	膠様滴状角膜ジストロフィー		168	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
117	抗リン脂質抗体症候群		169	スタージ・ウェーバー症候群
118	コケイン症候群		170	スティーヴンス・ジョンソン症候群
119	コストロ症候群		171	スミス・マギニス症候群
120	骨形成不全症		172	スモン ○
121	骨髓異形成症候群	○	173	脆弱×症候群
122	骨髓線維症	○	174	脆弱×症候群関連疾患
123	ゴナドトロピン分泌亢進症		175	成人スチル病
124	5p 欠失症候群		176	成長ホルモン分泌亢進症
125	コフィン・シリズ症候群		177	脊髄空洞症
126	コフィン・ローリー症候群		178	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)
127	混合性結合組織病		179	脊髄髄膜瘤
128	鰓耳腎症候群		180	脊髄性萎縮症
129	再生不良性貧血		181	セプアプテリン還元酵素(SR)欠損症
130	サイトメガロウイルス角膜内皮炎	○	182	前眼部形成異常
131	再発性多発軟骨炎		183	全身性エリテマトーデス
132	左心低形成症候群		184	全身性強皮症
133	サルコイドーシス		185	先天異常症候群
134	三尖弁閉鎖症		186	先天性横隔膜ヘルニア
135	三頭酸素欠損症		187	先天性核上性球麻痺
136	C F C 症候群		188	先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症
137	シェーグレン症候群		189	先天性魚鱗癬
138	色素性乾皮症		190	先天性筋無力症候群
139	自己貧食空胞性ミオパチー		191	先天性グリコシルセラファジド/シトル(GPI)欠損症
140	自己免疫性肝炎		192	先天性三尖弁狭窄症
141	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症(※)	※	193	先天性腎性尿崩症
142	自己免疫性溶血性貧血		194	先天性赤血球形成異常性貧血
143	四肢形成不全	○	195	先天性僧帽弁狭窄症
144	シトステロール血症		196	先天性大脳白質形成不全症
145	シトリン欠損症		197	先天性肺動脈狭窄症
146	紫斑病性腎炎		198	先天性風疹症候群 ○

199	先天性副腎低形成症	251	那須・ハコラ病
200	先天性副腎皮質酵素欠損症	252	軟骨無形症
201	先天性ミオパチー	253	難治頻回部分発作重積型急性脳炎
202	先天性無痛無汗症	254	22q11.2欠失症候群
203	先天性葉酸吸収不全	255	乳幼児肝巨大血管腫
204	前頭側頭葉変性症	256	尿素サイクル異常症
205	早期ミオクロニー脳症	257	ヌーナン症候群
206	総動脈幹遺残症	258	ネイルパテラ症候群(爪膝蓋骨症候群)/LMX1B 関連腎症
207	総排泄腔遺残	259	ネフロン癆 ※
208	総排泄腔外反症	260	脳クレアチン欠乏症候群 ※
209	ソトス症候群	261	脳腱黄色腫症
210	ダイヤモンド・ブラックファン貧血	262	脳表ヘモジデリン沈着症
211	第14番染色体父親性ダイソミー症候群	263	膿疱性乾癬
212	大脳皮質基底核変性症	264	嚢胞性線維症
213	大理石骨病	265	パーキンソン病
214	ダウン症候群 ○	266	バージャー病
215	高安動脈炎	267	肺動脈閉塞症/肺毛細血管腫症
216	多系統萎縮症	268	肺動脈性肺高血圧症
217	タナトフォリック骨異形成症	269	肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)
218	多発血管炎性肉芽腫症	270	肺胞低換気症候群
219	多発硬化症/視神経脊髄炎	271	ハッチンソン・ギルフォード症候群
220	多発性軟骨性外骨腫症 ○	272	バッド・キアリ症候群
221	多発性嚢胞腎	273	ハンチントン病
222	多脾症候群	274	汎発性特発性骨増殖症 ○
223	タンジール病	275	P C D H19 関連症候群
224	単心室症	276	非ケトーシス型高グリシン血症
225	弾性繊維性仮性黄色腫	277	肥厚性皮膚骨膜症
226	短腸症候群 ○	278	非ジストロフィー性ミオトニー症候群
227	胆道閉鎖症	279	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症
228	遅発性内リンパ水腫	280	肥大型心筋症
229	チャージ症候群	281	左肺動脈右肺動脈起始症
230	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	282	ビタミンB依存性くる病/骨軟化症
231	中毒性表皮壊死症	283	ビタミンB抵抗性くる病/骨軟化症
232	腸管神経節細胞僅少症	284	ビッカースタッフ脳幹脳炎
233	T S H分泌亢進症	285	非典型溶血性尿毒症症候群
234	T N F受容体関連周期性症候群	286	非特異性多発性小腸潰瘍症
235	低ホスファターゼ症	287	皮膚筋炎/多発性筋炎
236	天疱瘡	288	びまん性汎細気管支炎 ○
237	禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症	289	肥満低換気症候群 ○
238	特発性拡張型心筋症	290	表皮水疱症
239	特発性間質性肺炎	291	ヒルシュスブルング病(全結腸型又は小腸型)
240	特発性基底核石灰化症	292	V A T E R症候群
241	特発性血小板減少性紫斑病	293	ファイファー症候群
242	特発性血栓症(遺伝性血栓性要因によるものに限る。)	294	ファロー四徴症
243	特発性後天性全身性無汗症	295	ファンコニ貧血
244	特発性大腿骨頭壊死症	296	封入体筋炎
245	特発性多中心性キャッスルマン病	297	フェニルケトン尿症
246	特発性門脈圧亢進症	298	フォンタン術後症候群 ○
247	特発性両側性感音難聴	299	複合カルボキシラーゼ欠損症
248	突発性難聴 ○	300	副甲状腺機能低下症
249	ドラベ症候群	301	副腎白質ジストロフィー
250	中條・西村症候群	302	副腎皮質刺激ホルモン不応症

303	ブラウ症候群	335	無 β リポタンパク血症
304	プラダー・ウィリ症候群	336	メープルシロップ尿症
305	プリオン病	337	メチルグルタコン酸尿症
306	プロピオン酸血症	338	メチルマロン酸血症
307	PRL分泌亢進症(高プロラクチン血症)	339	メビウス症候群
308	閉塞性細気管支炎	340	メンケス病
309	β -ケトチオラーゼ欠損症	341	網膜色素変性症
310	ベーチェット病	342	もやもや病
311	ベスレムミオパチー	343	モワット・ウイルソン症候群
312	ヘパリン起因性血小板減少症 ○	344	薬剤性過敏症症候群 ○
313	ヘモクロマトーシス ○	345	ヤング・シンプソン症候群
314	ベリー症候群	346	優性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○
315	ペルーシド角膜辺縁変性症 ○	347	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
316	ペルオキシソーム病(副腎白質ジストロフィーを除く。)	348	4p欠失症候群
317	片側巨脳症	349	ライソゾーム病
318	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	350	ラスムッセン脳炎
319	芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症	351	ランゲルハンス細胞組織球症 ○
320	発作性夜間ヘモグロビン尿症	352	ランドウ・クレフナー症候群
321	ホモシスチン尿症 ※	353	リジン尿性蛋白不耐症
322	ポルフィリン症	354	両側性小耳症・外耳道閉鎖症 ○
323	マリネスコ・シェーグレン症候群	355	両大血管右室起始症
324	マルファン症候群	356	リンパ管腫症/ゴーハム病
325	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	357	リンパ脈管筋腫症
326	慢性血栓塞栓性肺高血圧症	358	類天疱瘡(後天性表皮水疱症を含む。)
327	慢性再発性多発性骨髄炎	359	ルビンシュタイン・ティビ症候群
328	慢性膀胱炎 ○	360	レーベル遺伝性視神経症
329	慢性特発性偽性腸閉塞症	361	リチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
330	ミオクロニー欠伸てんかん	362	劣性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○
331	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	363	レット症候群
332	ミトコンドリア病	364	レノックス・ガストー症候群
333	無虹彩症	365	ロスムンド・トムソン症候群
334	無脾症候群	366	肋骨異常を伴う先天性側弯症

(※) 新たに対象となる自己免疫性後天性凝固第Ⅹ因子欠乏症は、対象疾病番号 141(自己免疫性後天性凝固因子欠乏症)に統合