

様式6-4 補装具費支給についての意見書

( 介護保険対象者用 )

氏 名		生年月日	年 月 日生
障害名及び原因 となった 疾病・外傷名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 *障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (□する□しない)		
経 過 ・ 現 症	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。		
補装具の種類			
処 方			
車椅子を必要とする理由 (右記の付属品については、必要な理由や本人の状況を記載してください。)	・携帯用会話補助装置 (トーキングエイド) 搭載台 (理由 ) ・酸素ボンベ固定装置 (理由 ) ・点滴ポール (理由 ) ・人工呼吸器搭載台 (理由 ) ・栄養バック取り付け用ガードル架 (理由 ) ・痰吸引器搭載台 (理由 )		
既成のパーツでは対応できない部位	その理由	左記の問題が改善される処方	
例) アームレスト 坐布 パイプ	下肢があぐらをかいたまま硬縮してしまったため通常の座幅では座れない。	あぐらをかいた状態の横幅にパイプを広げる。それに合わせてアームレスト、坐布を作製する。	
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 診療担当科 医 師 名			

※ 裏面に記入上の注意事項がありますので、ご一読のうえ記入してください。  
 本人の状態像、補装具の処方について、できるだけ具体的にご記入ください。

〈意見書作成にあたってのお願い〉

お願い（必ず記入前に目を通してください）

介護保険制度の対象者は、障害者総合支援法のサービスを受ける場合であってもまず要介護認定を受けてから、対応することになっています。40歳以上65歳未満の障害者で、16の特定疾病に該当する方で、まだ、要介護認定を受けていない場合は、この意見書を作成しないで、市町村窓口で要介護認定の手続きをとるようにご指導下さい。その後介護保険制度のレンタル用品を検討した結果、対応できず、障害の状況に合わせて個別に製作する必要があると判断された場合にのみ障害者総合支援法での対応を検討するため、その必要性について具体的に記入をしてください。