

調 査 書

申請年月日		年 月 日		申請者氏名			
対象者	住 所						
	フリガナ氏名						
	生年月日	年 月 日	性別		電話		
世帯員の状況	氏 名		年 齢	対象者との続柄	課 税 状 況		備 考
					課税区分	市民税所得割	
	非課税世帯	氏名	所得	障害年金	手当	合計	
		円	円	円	円		
世帯区分	1. 生活保護 (2. 低所得1 3. 低所得2) 4. 一般 5. 一定所得以上						
基準額	見積額		利用者負担額		公費負担額		
円	円						
月額負担上限額							
円			円		円		
用具名	基準額	見積額	利用者負担	公費負担			
合 計							
上記のとおり確認しました。							
年 月 日							
調査者							

判定依頼書

第 号

年 月 日

身体障害者更生相談所長 殿

市町村長 印

下記の者に対する判定を依頼する。

記

氏名		年 月 日生	住所	
手帳	号	年 月 日交付	医療保険名	
長期給付の内容 (現在被保険者であればそれも含む)				
家族関係				
生育・職業歴				
障害に関する既往歴			最近5年間の補装具 交付・修理状況	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
現在受療中の医療機関名				
判定依頼事項			通所、巡回、在宅	

判 定 通 知 書

第 号
年 月 日
市 町 村 長 印

殿

先に申請のあった については、専門的判定の必要がありますので
年 月 日に 身体障害者更生相談所において判定を行うこ
とになりました。

なお、当日は本書を持参してください。

記

1. 身体障害者手帳番号
2. 判定依頼事項

判定書 (自立支援医療 (更生医療)・補装具)

第 号
年 月 日

殿

身体障害者更生相談所長 印

平成 年 月 日付けの依頼については、下記のとおり判定する。

記

氏 名				男女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
居 住 地	県	区 市 郡	町 村	丁目 番 号 方			
判定年月日	平成 年 月 日						
障 害 名					程 度	級	
総 合 判 定							

医学的判定	障害状況	
	意見	
自立支援医療 (更生医療)	1 具体的内容 2 治療効果見込み 3 術後の等級 (級) 4 医療費概算額 円	
補装具	1 名称又は修理項目 2 使用効果見込 3 概算額	4 処方 (図 示)

別添様式例第 5 号 (1)

義手処方箋 (新規・再交付)

氏名	男・女	明大昭平	年	月	日生 () 歳
住所	凡	—	(具体的に) 職業		
切断部位 (右・左・両)	断端長				cm
医学的所見 (異常無・有)					
処方義手	肩	上腕	肘	前腕	手 手根中手 指
	装飾	作業	能動 (フック	ハンド	手部交換式)
	電動 ()		その他 ()		
ソケット	差込み式	顎上支持式 ()	吸着式		
	全面接着式	オープンエンド (一重ソケット)	その他 ()		
幹部	殻構造 (合成樹脂 木 アルミ)		骨格構造 ()		
	作業用 (旧型 新型 タンネンベルグ)		その他		
手先具	能動フック ()		能動ハンド ()		
	装飾手掌 作業用 ()		その他		
手継手	固定	固定回旋式	交換式 (ネジ	クイックチェンジ	屈曲
	回旋	その他)			
	能動ブロック ()		能動ヒンジ ()		
肘継手	単軸	倍動	多軸	たわみ	手動ロック・ブロック
	ロック・ヒンジ	骨格		手動	
肩継手	遊動	屈曲外転	隔板	ユニバーサル	外転 その他
ハーネス (材質)	8字	胸郭バンド	肩サドル	9字	上腕カフ
	三頭筋バンド	その他			
	布ベルト	皮革	ダクロン	その他	
特記事項 (指示)					

処方			仮合せ	年 月 日良・不良	
	年 月 日			年 月 日良・不良	
採型			適合判定		
	年 月 日			年 月 日	

別添様式例第 5 号 (2)

義足処方箋 (新規・再交付)

氏名	男・女	明大昭平	年	月	日生 () 歳
住所	〒	—	(具体的に) 職業		
切断部位 (右・左・両)	断端長				cm
医学的所見 (異常無・有)					
処方義足	股	大腿	膝	下腿	サイム 足根中足 足指
ソケット	在来式 カナダ式 その他	在来式 差込み式 吸着式 全面接触式 その他	在来式 2重ソケット その他	在来式 PTB PTS KBM その他	在来式 カナダ式 2重ソケット その他
内ソケット	(材質) 合成樹脂		アルミ	木	皮革 その他
幹部	有 (皮革・スポンジ・ビーライト・その他) 無				
股継手	殻構造		骨格構造 ()		筋金 その他
膝継手	固定	遊動 ()			その他
	単軸	(前止め 横引き 固定 固定)	ヒンジ 遊動	ブロック 遊動	
	安全膝 ()	空油圧制御 ()			
	多軸 ()	その他 ()			
足継手	単軸 ()	多軸	固定	SACH	ドリンガー足 その他
懸垂方法	肩吊帯	股吊	腰吊	骨盤帯	シレジアバンド
その他 (オプション)	大腿コルセット	その他			
	ターンテーブル	キャブシャフト	トルクアブソーバー		
	膝伸展補助装置 ()				
特記事項 (指示)					

処方	年 月 日		仮合せ	年 月 日良・不良	
	年 月 日			年 月 日良・不良	
採型	年 月 日		適合判定		年 月 日

別添様式例第5号(3)

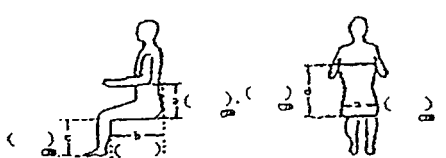
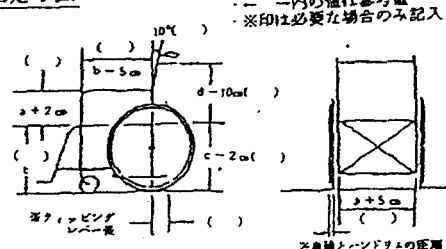
装具処方箋(新規・再交付)

氏名	男・女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 () 歳			
住所	町 () -	業	職 (具体的に)			
病名	医 (処方上重要な点) 学的 的 所 見					
処左 右 方両	1. 上肢装具 a) 肩装具 b) 肘装具 c) 手背屈装具 d) 長対立装具 e) 短対立装具 f) 把持装具 g) MP屈曲 (伸展) 装具 h) 指装具 i) B. F. O 2. 下肢装具 a) 股装具 b) 長下肢装具 c) 膝装具 d) 短下肢装具 e) ツイスター f) 足底装具 3. 体幹装具 a) 頸椎装具 b) 胸椎装具 c) 腰椎装具 d) 仙腸装具 e) 側彎矯正装具 4. 靴型装具 a) 長靴 b) 半長靴 c) チャッカ靴 d) 短靴 5. その他					
装具	股 継 手	1. 形 a) 遊動 b) 伸制限付 c) 内外 転換番 d) 継手なし (全固定) ※角度指定時は備考欄に記入 2. ロック a) 輪止め b) その他 3. その他	足	1. 支柱との接続 a) あぶみ b) キャリ パー c) その他 2. 靴 a) 短靴 b) 編上靴 c) その他 3. 開き a) 外科開き b) 外羽根 c) その他 4. 足板 a) 足袋型 b) 足底板 (皮革・ プラスチック) c) その他 5. シューインサート・足底押板 (材質・形 式指示) 6. ヒール a) 標準 b) SACH c) トーマス d) ウェッジ e) トルク (内・外) f) その他 7. ソール a) 標準 b) 中足パー c) ロッカー底 d) その他 (※補高 ヒール 外 <u> </u> cm, 内 <u> </u> cm ソール <u> </u> cm) 8. アーチ支え a) 縦のアーチ b) 横の アーチ 9. フレアー (ヒール・ソール)(寸法指示) 10. くさび (ヒール・ソール)(寸法指示) 11. 長い月形 (内・外) 12. ふまず金 a) 標準 b) 特別 (指示) 13. その他		
	下 肢 継 手	1. 軸 a) 単軸 b) 多軸 c) その他 2. 材質 a) 金属 b) プラスチック c) その他 3. 形 a) 遊動 b) 継手なし (全固定) c) オフセット d) 膝伸制限付 e) 角度調節装置付 (ターン・バックル・ダ イヤル・その他) (※可動域又は 屈曲 <u> </u> 度 固定角度 伸展 <u> </u> 度) 4. ロック a) 輪止め (両・内・外) b) スイス止め c) その他 d) ロックな し 5. 膝おさえ a) ニーパッド b) その他 c) なし 6. 矯正パッド (内・外・その他) 7. プレティビアル・シュル 8. 反張膝用装具 (形式指示) 9. プラスチック膝装具 (形式指示) 10. 軟性膝装具 (形式指示) 11. その他		肢 部	支 柱 ・ そ の 他	1. 支柱 a) 材質 (鉄・軽合金・その他) b) 両側 c) 1側 (内・外) 2. 支持部 a) 半月 b) モールド・コル セット (皮革・プラスチック・その他) c) その他 3. ツイスタ a) 両・右・左 b) ゴム・ ケーブル c) 内旋用・外旋用 4. その他 (注) 半月の形・位置、コルセットの形状、 止めに用いるバンド、その他の特別な材 料等については図示又は記述
	足 継 手	1. 材質 a) 金属 b) プラスチック c) その他 2. 形 a) 箱型 b) 二枚重ね c) 継手な し (全固定) d) クレンザック (正・逆・ 二重・挿入り) e) バネ又はコイル (両・ 内・外) f) その他 (※可動域又は 底屈 <u> </u> 度 固定角度 背屈 <u> </u> 度) 3. ストラップ (内・外・前おさえ・その他) 4. プラスチック短下肢装具 (形式指示) 5. 軟性短下肢装具 (形式指示) 6. その他		肢 部	免 荷 装 置	1. 坐骨支持 (形式指示) 2. PTB式 3. 歩行あぶみ付 4. その他

骨盤帯	1 骨盤帯 a)一重 b)二重 c)その他							
	2 バタフライ (両・右・左)							
体幹装具	3 その他							
	1 基本構造 a)軟性 b)準硬性 c)硬性							
体幹装具	2 目的部位 (仙腸・腰・胸・頸)							
	3 コントロールの方向 (屈曲・伸展・側屈・回旋)							
体幹装具	4 型 a)軟性コルセット b)ナイト c)テーラー d)ナイト・テーラー e)スタインドラ f)ジュウエット g)ウイリアムス h)モールドジャケット i)その他							
	5 側弯矯正装具 a)ミルウォーキ b)アンダーアーム (形式指示) c)その他							
体幹装具	6 頸椎装具 a)カラー b)支柱つき c)モールド d)その他							
	1 肩関節装具 a)肩外転装具 b)肩甲骨保持装具 c)その他							
体幹装具	2 肘関節装具 a)保持装具 b)動的指示装具 c)その他							
	3 手部・指装具 a)対立装具 (長・短) b)把持装具 (形式・駆動源指示) c)手背屈装具 (パネル・その他) d)トーマス形懸垂装具 e)オープンハイマー形装具 f)MP用装具 (ナックルベンダ・逆ナックルベンダ・その他) g)指装具 (指用ナックルベンダ・逆ナックルベンダ・時計バネ装具・安全ピン装具・その他) h)手部 (含手関節) 固定用装具 i)その他							
備考	1 装具の略図を描き、必要に応じて説明をつける				追加・変更事項 (年月日記入)			
	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							
備考	3 パーツの寸法・材質・色等、特に指定する時は記述する							
	指示事項							
	処方	年	月	日	仮合せⅡ	年	月	日
	採型	年	月	日	仮合せⅢ	年	月	日
	仮合せⅠ	年	月	日	適合判定	年	月	日

別添様式例第5号(4)

車椅子処方箋

氏名	男女 明・大・昭・平			年	月	日生	歳
住所	TEL ()						
病名	医学的所見			体重	kg	車椅子への移乗能力	自立・介助
職業(具体的に)							
種	1 後輪駆動式(普通型) 2 前輪駆動式(トラペラー)	ハ ン ド リ ム	1 径 a) 16 b) 19 c) 22 mm	キ ャ ス タ ー	1 径 5, 6, 7, 8 インチ 2 タイヤ a) ソリッド b) 空気入り		
	1 固定式 2 折りたたみ式 a) シングルブレース b) ダブルブレース		2 材質 a) 軽合金 b) 鉄 c) ステンレス d) その他				
類	1 片手駆動式 a) 右 b) 左 2 簡易型 a) 中車輪付 b) グライダー c) パキナー d) その他 3 主動チェーン式 4 その他	駆 動 輪	1 標準 2 ノブつき a) 水平 b) 垂直 c) 握り 4ケ, 6ケ, 8ケ, 10ケ 3 すべり止め a) ゴム b) 皮 c) その他 4 その他	附 属 品 (オ プ シ ョ ン)	1 杖置き a) 右 b) 左 2 ポケット a) 背もたれ b) その他 3 車椅子用テーブル 4 腰受け(ヒールループ) 5 足部ストラップ 6 シートベルト 7 座板 8 シートクッション 材質 _____ 厚さ _____ cm		
	1 径 a) 16 b) 19 c) 22 mm 2 材質 a) 鉄 b) ステンレス c) 軽合金		1 径 18, 20, 22, 24 インチ その他 2 ホイール材質 a) 鉄 b) 軽合金 c) ステンレス 3 タイヤ a) ソリッド b) 空気入り(チェーンあり チェーンなし)		9 その他		
背もたれ	1 固定式 2 着脱式 3 折たたみ式	測定寸法 測定値を()内に記入					
肘あし	1 標準型 2 後開き a) 右 b) 中 c) 左 3 リクライニング a) セミ b) フル 4 ヘッドレスト a) 固定 b) 取外し 5 にぎり(ハンドル) a) 固定 b) 取外し c) 不要	 <p>指定寸法</p> <ul style="list-style-type: none"> 指定値を()内に記入 —内の値は参考値 ※印は必要な場合のみ記入 					
フットレスト	1 標準型 2 デスク型 3 その他	1 固定式 2 着脱式 a) ボールロック b) ピンロック					<p>備考: 1 その他に印したときは, 必ず処方内容を記述すること。 2 色, 材質, 患者の希望事項などを記述すること。</p>
フットプレート	1 固定式 2 伸縮式 3 開き式 (スイングアウト) 4 挙上式 5 着脱式	1 固定式 2 取外し式 3 折りたたみ式	<p>※フットプレート</p> <p>※フットプレート</p>				出来上がり重量 kg
レサポ	1 両側兼用 2 片側独立	1 固定式 2 伸縮式 3 開き式 4 挙上式 5 着脱式	<p>材 質</p> <p>a) 軽合金 b) プラスチック c) ベルト</p> <p>トウガード a) 右 b) 左</p>				
ブレーキ	1 レバー式 a) 平板 b) 丸棒 2 トグル式 3 その他	1 固定式 2 伸縮式 3 開き式 4 挙上式 5 着脱式	<p>キャスターブレーキ 要 不要</p>				
シート	1 標準 2 切り込み 3 その他	1 固定式 2 伸縮式 3 開き式 4 挙上式 5 着脱式	<p>シ 延 右 _____ cm 長 左 _____ cm</p>				
処方	年 月 日	適合判定		年 月 日			

別添様式例第 5 号 (5)

電 動 車 椅 子 処 方 箋

氏 名			男 女	明・大・昭・平 年 月 日 生 歳			
住 所	〒 () -						
病 名			医 学 的 所 見	体 重	kg	車椅子への移乗	自立 介助
職 業 (具体的に)							
主 な 使用場所	屋内・屋外 ()						
種 類	1. 標準型 2. リクライニング式 3. その他			車名			
車 体	1. 背もたれ傾斜角度調節 2. 背もたれ着脱 3. アームレスト着脱 4. フットレスト挙上式 5. 車体の折りたたみ 6. 手押し走行 7. 補助ブレーキ 8. その他						
	寸 法	1. メーカー標準 2. 指定		a) シート幅	_____ cm	b) シート高	_____ cm c) その他
バッテ リー	1. 一般自動車用 2. その他		充電器	1. 内蔵 2. 独立			
制 御 (ジ ョ イ ス テ ィ ク ス)	操 作 源	1. 上肢 2. 頭部 (チン, マウス, 額) 3. 音声 4. その他					
	制 御 ボ ッ ク ス	1. 位 置	a) 右	b) 左	c) その他		
	2. スイッチ	a) メーカー標準	b) 調節式		c) 移動式		
	3. レバーの形	a) メーカー標準	b) 指定				
	4. レバーの長さ	a) メーカー標準	b) 指定		cm		
	5. レバーの抵抗 (重さ)	a) メーカー標準	b) 指定 (現物で指定)				
附 属 品	1. シートベルト 2. パックミラー 3. 警笛 4. シートクッション 5. その他						
備考 (指定, その他の内容, 患者希望などを記入)							
処方	年 月 日		適合 判定	年 月 日			

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	
障害の状況 (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)	
必要と認める補装具	補装具の種目、名称
	処 方
	使用効果見込み
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	

㊞

補装具費支給決定通知書

年 月 日					
(申請者) 様					
市町村長					
標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。					
対象者	住 所				
	フリガナ 氏 名				
	生年月日	年 月 日	性別	電話	
支給番号		支給決定日		年 月 日	
決定内容					
補装具業者	名称				
	所在地				
	電話				
基準額		見積額		利用者負担額	
円		円			
月額負担上限額					
円		円		円	
教示事項					

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号		支 給 決 定 日		年 月 日	
氏 名		生年月日		年 月 日	
住 所					
保 護 者 氏 名				続 柄	
補 装 具 の 名 称			修 理 部 位		
補 装 具 業 者	名 称				
	所 在 地				
	電 話				
基 準 額		見 積 額		利 用 者 負 担 額	
円		円		円	
月 額 負 担 上 限 額			円		
円			円		
上記のとおり決定する。 平成 年 月 日					
市町村長					
判 定 検 査	判 定 年 月 日	平 成 年 月 日	判 定 員 職 氏 名	㊟	
受 領	受 領 年 月 日	平 成 年 月 日	受 領 者 氏 名	㊟	本 人 と の 関 係

却下決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
〇市(町・村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長

印

年 月 日に申請された補装具費の支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇市町村長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇市町村長を被告として(訴訟において市町村を代表する者は市町村長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます。(なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

補 装 具 費 支 給 申 請 決 定 簿

申請 受付 月日	ケース 番号	氏名	居住地	手帳 番号	購入・修 理の別	判定依頼 年月日 判定書受 付年月日	支給 決定 月日	支給 番号	補装具の 名称及び 修理部位	補装 具業 者名	基準 額	利用 者負 担額	世帯 区分	適合 判定 月日	引渡 月日	補装具 費支払 月日	支払 金額