

大阪市補装具費支給事業事務取扱実施要綱

（目的）

第1条 補装具費は、身体障がい者、身体障がい児及び難病患者等（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（平成18年政令第10号）第1条に基づき内閣総理大臣及び厚生労働大臣が定める特殊の疾病（以下「特殊の疾病」という。）による障がいの程度が、当該障がいにより継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける程度である者をいう。以下同じ。）（以下「身体障がい者・児」という。）の失われた身体機能を補完又は代替するための用具である補装具を購入、借受け又は修理（以下「購入等」という。）する際に、身体障がい者及び18歳以上の難病患者等（以下「身体障がい者」という。）については、職業その他日常生活の能率の向上を図ることを目的として、また、身体障がい児及び18歳未満の難病患者等（以下「身体障がい児」という。）については、将来、社会人としての自立自活するための素地を育成・助長すること等を目的として支給するものとする。

2 この事業に関する事務については、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（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）、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及び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規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「障害者総合支援法施行規則」という。）並びに補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示第528号）に基づくほか、この要綱によるものとする。

（借受け）

第2条 補装具は、身体障がい者・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、購入することを原則とする。このため、補装具の借受けについては、障害者総合支援法及び障害者総合支援法施行規則において、「借受けによることが適当である場合」として、次の場合に限る。

- （1）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
- （2）障がいの進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合
- （3）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

（実施機関）

第3条 本市における補装具費の支給に係る実施機関（以下、「実施機関」という。）は次のとおりとする。

- 1 居住地の明らかな者については、その居住地を所管する保健福祉センター所長とすること。
- 2 居住地を有しないか、又は明らかでない者については、その者の現在地を所轄する保健福祉センター所長とすること。ただし、既に生活保護法の措置により施設又は本市内の医療機関に在所中の者については、その措置を行った保健福祉センター所長とすること。
- 3 第2項の措置を保健福祉センター以外の本市機関が行ったケースについては、その者の所在する施設が又は医療機関が本市内に所在する場合は、その施設の所在地を所轄する保健福祉センター所長とし、当該施設が本市域外の場合には、市長とすること。

大阪市補装具費支給事業事務取扱実施要綱

（目的）

第1条 補装具費は、身体障がい者、身体障がい児及び難病患者等（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（平成18年政令第10号）第1条に基づき内閣総理大臣及び厚生労働大臣が定める特殊の疾病（以下「特殊の疾病」という。）による障がいの程度が、当該障がいにより継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける程度である者をいう。以下同じ。）（以下「身体障がい者・児」という。）の失われた身体機能を補完又は代替するための用具である補装具を購入、借受け又は修理（以下「購入等」という。）する際に、身体障がい者及び18歳以上の難病患者等（以下「身体障がい者」という。）については、職業その他日常生活の能率の向上を図ることを目的として、また、身体障がい児及び18歳未満の難病患者等（以下「身体障がい児」という。）については、将来、社会人としての自立自活するための素地を育成・助長すること等を目的として支給するものとする。

2 この事業に関する事務については、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（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）、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及び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規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「障害者総合支援法施行規則」という。）並びに補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示第528号）に基づくほか、この要綱によるものとする。

（借受け）

第2条 補装具は、身体障がい者・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、購入することを原則とする。このため、補装具の借受けについては、障害者総合支援法及び障害者総合支援法施行規則において、「借受けによることが適当である場合」として、次の場合に限る。

- （1）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
- （2）障がいの進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合
- （3）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

（実施機関）

第3条 本市における補装具費の支給に係る実施機関（以下、「実施機関」という。）は次のとおりとする。

- 1 居住地の明らかな者については、その居住地を所管する保健福祉センター所長とすること。
- 2 居住地を有しないか、又は明らかでない者については、その者の現在地を所轄する保健福祉センター所長とすること。ただし、既に生活保護法の措置により施設又は本市内の医療機関に在所中の者については、その措置を行った保健福祉センター所長とすること。
- 3 第2項の措置を保健福祉センター以外の本市機関が行ったケースについては、その者の所在する施設が又は医療機関が本市内に所在する場合は、その施設の所在地を所轄する保健福祉センター所長とし、当該施設が本市域外の場合には、市長とすること。

(関係各法に基づく補装具給付等との適用関係について)

第4条 障害者総合支援法以外の関係各法の規定に基づき、補装具の給付等が受けられる者については、当該関係各法に基づく給付等を優先して受けるよう取り扱うこと。

2 65歳以上(介護保険法(平成9年法律第123号)第7条第3項第2号に規定する特定疾病により、同条第1項に規定する要介護状態(以下「要介護状態」という。)又は同条第2項に規定する要介護状態となるおそれがある状態(以下「要支援状態」という。)に該当する者については、40歳以上65歳未満)の身体障がい者であって要介護状態又は要支援状態に該当するものが、介護保険の福祉用具と共通する補装具を希望する場合には、介護保険による福祉用具の貸与が優先するため、原則として、本制度においては補装具費の支給をしない。

ただし、オーダーメイド等により個別に製作する必要があると判断される者である場合には、大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター(以下、「心身障がい者リハビリテーションセンター」という。)所長の判定に基づき、本制度により補装具費を支給しても差し支えないこと。

(補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定に関する基準の運用について)

第5条 補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第528号。以下「告示」という)の運用については次のとおり取扱うこと。

(1) 購入等に要する費用の額及び消費税の取扱い等について

告示の別表に定める価格は、別表の主材料、工作法又は基本構造、付属品等によった場合における上限の価格として定められているものであり、支給決定に当たっては、各種目における型式等の機能の相違及び特性等を勘案の上、画一的な額の決定を行うことのないよう留意する必要がある。

なお、消費税法施行令(昭和63年政令第360号)第14条の4の規定に基づき内閣総理大臣及び厚生労働大臣が指定する身体障がい者用物品及びその修理を定める件(平成3年厚生省告示第130号)に基づいて消費税が課税されない物品に係る補装具費の支給については、別表の価格の100分の106に相当する額をもって、購入等に要する費用の額の上限としている。

また、消費税が課税される物品に係る補装具費の支給については、別表の価格の100分の110に相当する額をもって、購入等に要する費用の額の上限としている。

(2) 借受けの対象となる種目、基準額等について

借受けの対象となる種目については、告示において、次の各号のとおり規定しており、基準額等についても、購入又は修理と同様に規定している。

- ア 義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品
- イ 重度障害者用意思伝達装置の本体
- ウ 歩行器
- エ 車載用姿勢保持装置

(3) 特例補装具費の支給について

身体障がい者・児の障がいの現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、別表に定める名称、型式、製作要素及び完成用部品によることができない補装具(以下「特例補装具」という。)の購入又は修理に要する費用を支給する必要があるが生じた場合の取扱いとは次のとおりとすること。

- ア 特例補装具費の支給の必要性及び当該補装具の購入又は修理に要する費用の額等については、心身障がい者リハビリテーションセンター所長又障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援す

(関係各法に基づく補装具給付等との適用関係について)

第4条 障害者総合支援法以外の関係各法の規定に基づき、補装具の給付等が受けられる者については、当該関係各法に基づく給付等を優先して受けるよう取り扱うこと。

2 65歳以上(介護保険法(平成9年法律第123号)第7条第3項第2号に規定する特定疾病により、同条第1項に規定する要介護状態(以下「要介護状態」という。)又は同条第2項に規定する要介護状態となるおそれがある状態(以下「要支援状態」という。)に該当する者については、40歳以上65歳未満)の身体障がい者であって要介護状態又は要支援状態に該当するものが、介護保険の福祉用具と共通する補装具を希望する場合には、介護保険による福祉用具の貸与が優先するため、原則として、本制度においては補装具費の支給をしない。

ただし、オーダーメイド等により個別に製作する必要があると判断される者である場合には、大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター(以下、「心身障がい者リハビリテーションセンター」という。)所長の判定に基づき、本制度により補装具費を支給しても差し支えないこと。

(補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定に関する基準の運用について)

第5条 補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第528号。以下「告示」という)の運用については次のとおり取扱うこと。

(1) 購入等に要する費用の額及び消費税の取扱い等について

告示の別表に定める価格は、別表の主材料、工作法又は基本構造、付属品等によった場合における上限の価格として定められているものであり、支給決定に当たっては、各種目における型式等の機能の相違及び特性等を勘案の上、画一的な額の決定を行うことのないよう留意する必要がある。

なお、消費税法施行令(昭和63年政令第360号)第14条の4の規定に基づき内閣総理大臣及び厚生労働大臣が指定する身体障がい者用物品及びその修理を定める件(平成3年厚生省告示第130号)に基づいて消費税が課税されない物品に係る補装具費の支給については、別表の価格の100分の106に相当する額をもって、購入等に要する費用の額の上限としている。

また、消費税が課税される物品に係る補装具費の支給については、別表の価格の100分の110に相当する額をもって、購入等に要する費用の額の上限としている。

(2) 借受けの対象となる種目、基準額等について

借受けの対象となる種目については、告示において、次の各号のとおり規定しており、基準額等についても、購入又は修理と同様に規定している。

- ア 義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品
- イ 重度障害者用意思伝達装置の本体
- ウ 歩行器
- エ 車載用姿勢保持装置

(3) 特例補装具費の支給について

身体障がい者・児の障がいの現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、別表に定める名称、型式、製作要素及び完成用部品によることができない補装具(以下「特例補装具」という。)の購入又は修理に要する費用を支給する必要があるが生じた場合の取扱いについては次のとおりとすること。

- ア 特例補装具費の支給の必要性及び当該補装具の購入又は修理に要する費用の額等については、心身障がい者リハビリテーションセンター所長又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第1条の2第1項に定める医療を行う機関（以下、「指定自立支援医療機関」という）において当該医療を主として担当する医師の判定又は意見に基づき実施機関が決定するものとする。

イ 身体障がい児に係る特例補装具費の支給に当たっては、実施機関は必要に応じ、補装具の構造、機能等に関する技術的助言を心身障がい者リハビリテーションセンター所長に求めるものとする。

（４）国等が設置する補装具製作施設と契約する場合の購入等に要する費用の額について

購入等に要する費用の額を告示本文第3項又は第4項に掲げる額の100分の95に相当する額とするものは、国、地方公共団体、日本赤十字社、社会福祉法人又は一般社団法人若しくは一般財団法人の設置する補装具製作施設が自ら製作した補装具（完成用部品に係る部分を除く。）についてのみ適用されるものであって、当該施設が民間業者の製作した補装具をあっせん又は取次販売する場合には適用されない。

（５）補装具費の支給対象となる補装具の個数について

補装具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個であるが、身体障がい者・児の障がいの状況等を勘案し、職業又は教育上等特に必要と認めた場合は、2個とすることができる。特に、聴覚及び視覚に障がいのある盲ろう者については、障がい特性を踏まえ、補聴器の複数（両耳）支給や眼鏡の複数（屋内/屋外等）支給等、情報取得に必要であると認められれば、実情に応じた個数を支給することができること。

この場合、当該種目について医学的判定を要しないと認める場合を除き、心身障がい者リハビリテーションセンター所長等に助言を求めること。

（６）耐用年数の取扱い

耐用年数は、通常の装置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あり、補装具費の支給を受けた身体障がい者・児の身体状況や使用状況によって実耐用年数が異なるものである。このため、再支給や修理の際には告示に掲げる耐用年数を一律に適用することなく、個々の実情に沿った対応が行われるよう十分配慮すること。

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、新たに必要と認める補装具費を支給することができる。

また、骨格構造義肢については、必要に応じて部品の交換を行うことにより長期間の使用が可能であることから、耐用年数を規定していないところであるが、部品の交換のみによっては、その後の適切な使用が真に困難な場合又は部品の交換によることよりも再支給を行うことの方が真に合理的・効果的であると認められる場合にあつては、再支給を行って差し支えない。

（７）修理基準に規定されていない修理の取扱いについて

修理基準の種目欄、名称欄、型式欄又は修理部位欄に定められていないものに係る修理が必要な場合には、他の類似種目の修理部位等を参考として、又はそれらの個々について原価計算による見積もり若しくは市場価格に基づいて適正な額で修理に要する費用として支給することができる。

なお、借受け期間中における通常の使用の範囲内での故障と判断される場合は、借受けに係る補装具費にその修理に要する費用を加えて算定する。

（８）差額自己負担の取扱いについて

実施機関は、補装具費基準告示と生活環境や身体機能等を照らし、補装具に求められる機能を判断し、支給決定する。そのため、補装具費支給の必要性を認める補装具は、身体機能に適合するように製作され、種目、名称、型式、基本構造等が支給要件を満たすものとなっているが、使用者本人が希望するデザイン、素材等に加え、介助者のみが使用する機能の追加により基準額を超えることとなる場合は、追

るための法律施行令第1条の2第1項に定める医療を行う機関（以下、「指定自立支援医療機関」という）において当該医療を主として担当する医師の判定又は意見に基づき実施機関が決定するものとする。

イ 身体障がい児に係る特例補装具費の支給に当たっては、実施機関は必要に応じ、補装具の構造、機能等に関する技術的助言を心身障がい者リハビリテーションセンター所長に求めるものとする。

（４）国等が設置する補装具製作施設と契約する場合の購入等に要する費用の額について

購入等に要する費用の額を告示本文第3項又は第4項に掲げる額の100分の95に相当する額とするものは、国、地方公共団体、日本赤十字社、社会福祉法人又は一般社団法人若しくは一般財団法人の設置する補装具製作施設が自ら製作した補装具（完成用部品に係る部分を除く。）についてのみ適用されるものであって、当該施設が民間業者の製作した補装具をあっせん又は取次販売する場合には適用されない。

（５）補装具費の支給対象となる補装具の個数について

補装具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個であるが、身体障がい者・児の障がいの状況等を勘案し、職業又は教育上等特に必要と認めた場合は、2個とすることができる。特に、聴覚及び視覚に障がいのある盲ろう者については、障がい特性を踏まえ、補聴器の複数（両耳）支給や眼鏡の複数（屋内/屋外等）支給等、情報取得に必要であると認められれば、実情に応じた個数を支給することができること。

この場合、当該種目について医学的判定を要しないと認める場合を除き、心身障がい者リハビリテーションセンター所長等に助言を求めること。

（６）耐用年数の取扱い

耐用年数は、通常の装置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あり、補装具費の支給を受けた身体障がい者・児の身体状況や使用状況によって実耐用年数が異なるものである。このため、再支給や修理の際には告示に掲げる耐用年数を一律に適用することなく、個々の実情に沿った対応が行われるよう十分配慮すること。

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、新たに必要と認める補装具費を支給することができる。

また、骨格構造義肢については、必要に応じて部品の交換を行うことにより長期間の使用が可能であることから、耐用年数を規定していないところであるが、部品の交換のみによっては、その後の適切な使用が真に困難な場合又は部品の交換によることよりも再支給を行うことの方が真に合理的・効果的であると認められる場合にあつては、再支給を行って差し支えない。

（７）修理基準に規定されていない修理の取扱いについて

修理基準の種目欄、名称欄、型式欄又は修理部位欄に定められていないものに係る修理が必要な場合には、他の類似種目の修理部位等を参考として、又はそれらの個々について原価計算による見積もり若しくは市場価格に基づいて適正な額で修理に要する費用として支給することができる。

なお、借受け期間中における通常の使用の範囲内での故障と判断される場合は、借受けに係る補装具費にその修理に要する費用を加えて算定する。

（８）差額自己負担の取扱いについて

実施機関は、補装具費基準告示と生活環境や身体機能等を照らし、補装具に求められる機能を判断し、支給決定する。そのため、補装具費支給の必要性を認める補装具は、身体機能に適合するように製作され、種目、名称、型式、基本構造等が支給要件を満たすものとなっているが、使用者本人が希望するデザイン、素材等に加え、介助者のみが使用する機能の追加により基準額を超えることとなる場合は、追

加する当該機能が使用者の身体機能の補完及び適合に影響を与えないと認められる場合に限り、当該名称の補装具に係る基準額との差額を本人が負担することとして支給の対象とすることは、差し支えないこと。

(9) 修理又は再支給する場合の対応について

修理や再支給の必要がある場合、実施機関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、それらで対応が可能な場合は優先的に活用し、対応すること。

(意見聴取機関)

第6条 実施機関は、補装具費の支給を受けようとする障がい者又は障がい児の保護者より、前条による補装具費の支給申請を受理したときに、意見を聴くことができる機関は以下に掲げるものとする。

(1) 心身障がい者リハビリテーションセンター

(2) 指定自立支援医療機関

(3) 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)(以下「難病法」という。)第5条第1項に規定する指定医療機関(病院又は診療所に限る。)

2 心身障がい者リハビリテーションセンターは、補装具費支給制度における技術的中枢機関及び実施機関等の支援機関として、補装具の専門的な直接判定の他に、実施機関への技術的支援、補装具費支給意見書を作成する医師に対する指導、補装具業者に対する指導及び指定自立支援医療機関、難病法第5条第1項に規定する指定医療機関(病院又は診療所に限る。)に対する技術的助言を行うこと。

(補装具費の支給申請)

第7条 補装具費の支給を受けようとする障がい者又は障がい児の保護者は、補装具の購入等を行おうとするときには、あらかじめ、補装具費支給申請書(本要綱の別添様式(以下「様式」という。)第1号)及び下記の(1)から(3)までに掲げる添付書類を提出すること。

ただし、本市においては、当該添付書類により証明すべき事項を、本人等の同意のもとに公簿等を閲覧することによって確認できるときは、当該添付書類を省略させることができる。

また、身体障がい者手帳の記載事項のみで給付の判断が可能な補装具については、医師の意見書又は診断書を省略させることができる。

(1) 医師の意見書又は診断書(様式第2号)

(2) 補装具費の支給対象となる要件に該当していること、その他所得の状況に関する事項を証明する書類、その他負担上限額の算定のために必要な事項に関する書類(様式第3号、4号、5号)

(3) 補装具の購入等に要する費用に係る見積書

第8条 補装具費支給の申請及び判定

(1) 身体障がい者の補装具費支給

ア 実施機関は、補装具費の支給を受けようとする障がい者より、補装具費支給申請書(様式第1号)を受け付ける。

イ 実施機関は当該申請が、義肢、装具、姿勢保持装置、補聴器、車椅子(オーダーメイド)、電動車

加する当該機能が使用者の身体機能の補完及び適合に影響を与えないと認められる場合に限り、当該名称の補装具に係る基準額との差額を本人が負担することとして支給の対象とすることは、差し支えないこと。

(9) 修理又は再支給する場合の対応について

修理や再支給の必要がある場合、実施機関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、それらで対応が可能な場合は優先的に活用し、対応すること。

(意見聴取機関)

第6条 実施機関は、補装具費の支給を受けようとする障がい者又は障がい児の保護者より、前条による補装具費の支給申請を受理したときに、意見を聴くことができる機関は以下に掲げるものとする。

(1) 心身障がい者リハビリテーションセンター

(2) 指定自立支援医療機関

(3) 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)(以下「難病法」という。)第5条第1項に規定する指定医療機関(病院又は診療所に限る。)

2 心身障がい者リハビリテーションセンターは、補装具費支給制度における技術的中枢機関及び実施機関等の支援機関として、補装具の専門的な直接判定の他に、実施機関への技術的支援、補装具費支給意見書を作成する医師に対する指導、補装具業者に対する指導及び指定自立支援医療機関、難病法第5条第1項に規定する指定医療機関(病院又は診療所に限る。)に対する技術的助言を行うこと。

(補装具費の支給申請)

第7条 補装具費の支給を受けようとする障がい者又は障がい児の保護者は、補装具の購入等を行おうとするときには、あらかじめ、補装具費支給申請書(本要綱の別添様式(以下「様式」という。)第1号)及び下記の(1)から(3)までに掲げる添付書類を提出すること。

ただし、本市においては、当該添付書類により証明すべき事項を、本人等の同意のもとに公簿等を閲覧することによって確認できるときは、当該添付書類を省略させることができる。

また、身体障がい者手帳の記載事項のみで給付の判断が可能な補装具については、医師の意見書又は診断書を省略させることができる。

(1) 医師の意見書又は診断書(様式第2号)

(2) 補装具費の支給対象となる要件に該当していること、その他所得の状況に関する事項を証明する書類、その他負担上限額の算定のために必要な事項に関する書類(様式第3号、4号、5号)

(3) 補装具の購入等に要する費用に係る見積書

第8条 補装具費支給の申請及び判定

(1) 身体障がい者の補装具費支給

ア 実施機関は、補装具費の支給を受けようとする障がい者より、補装具費支給申請書(様式第1号)を受け付ける。

イ 実施機関は当該申請が、義肢、装具、姿勢保持装置、補聴器、車椅子(オーダーメイド)、電動車

椅子及び重度障がい者用意思伝達装置の新規交付に係るものであるときには、心身障がい者リハビリテーションセンター所長に対し、補装具費支給の要否について、判定依頼書（様式第 6 号）による判定依頼をすること。当該申請が借受けに係るものである場合は、借受けに関する申請者の意向をよく聴取した上で、様式第 6 号の判定依頼書に申請者の意向を記入する等により、心身障がい者リハビリテーションセンターとの連携に努めること。

判定依頼を受けた心身障がい者リハビリテーションセンター所長は、申請があった身体障がい者について

（ア）義肢、装具、姿勢保持装置及び電動車椅子にかかる申請の場合は、申請者の来所により、

（イ）補聴器、車椅子（オーダーメイド）及び重度障がい者意思伝達装置に係る申請で、補装具費支給申請書等により判定できる場合は、当該申請書等により、医学的判定を行い、身体障害者福祉法施行規則（昭和 25 年厚生省令第 15 号）判定書により、判定結果を実施機関へ通知すること。この場合、判定書には補装具処方箋（様式第 7 号）を添付することができる。

これらの種目については、再支給（軽微なものを除く）に際しても、障がい状況等に変化のある場合、身体障がい者本人が処方内容の変更を希望する場合又はそれまで使用していた補装具から性能等が変更されている場合等は、同様の判定を行うこと。

また、借受けの申請に基づく判定依頼を行っていない場合においても、心身障がい者リハビリテーションセンター所長が判定の過程で借受けによることが適当と判断できる場合は、借受けの必要性を判定し、想定される借受け期間、使用効果等を判定書に記載し、実施機関に送付すること。

ウ 心身障がい者リハビリテーションセンター所長は、新規申請者に係る判定を行うときは、できる限り切断その他の医療措置を行った医師と緊密な連携を取り、判定に慎重を期すること。

エ 実施機関による決定

当該申請が、義眼、眼鏡（矯正用、遮光用、コンタクトレンズ、弱視用）、車椅子（レディメイド）、歩行器、視覚障がい者安全つえ及び歩行補助つえ（一本つえを除く。）、人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る。）に係るものであって、補装具費支給申請書等により判断できる場合は、心身障がい者リハビリテーションセンター所長の判定を要せず、実施機関が決定しても差し支えないこと。

なお、身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第 15 条第 4 項の規定に基づき交付を受けた身体障がい者手帳によって当該申請に係る障がい者が補装具の購入等を必要とする者であることを確認することができるときは、補装具費支給意見書を省略させることができること。

ただし、人工内耳音声信号処理装置の修理の場合は、補装具費支給意見書等により、補装具業者が修理可能であることや医療保険給付で行われる交換ではないこと、補装具業者の保証期間内でないこと等を確認すること。

オ 補装具費支給意見書の作成について

申請者の来所を要せず、補装具費支給申請書等により心身障がい者リハビリテーションセンター所長が判定する場合又は実施機関が判断のうえ決定する場合は、具体的には、医師が作成する補装具費支給意見書（様式第 2 号）により判定することとなる。

なお、補装具費支給意見書を作成する医師は、それぞれ以下の要件を満たす者とする。

（ア）補装具費支給意見書により、心身障がい者リハビリテーションセンター所長が判定する場合のこれを作成する医師は、別表の①②③に掲げる医師であること。ただし、車椅子、重度障がい者意思伝達装置、補聴器、眼鏡等の補装具費支給意見書を作成する医師は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医師が望ましいものとする。

椅子及び重度障がい者用意思伝達装置の新規交付に係るものであるときには、心身障がい者リハビリテーションセンター所長に対し、補装具費支給の要否について、判定依頼書（様式第6号）による判定依頼をすること。当該申請が借受けに係るものである場合は、借受けに関する申請者の意向をよく聴取した上で、様式第6号の判定依頼書に申請者の意向を記入する等により、心身障がい者リハビリテーションセンターとの連携に努めること。

判定依頼を受けた心身障がい者リハビリテーションセンター所長は、申請があった身体障がい者について

（ア）義肢、装具、姿勢保持装置及び電動車椅子にかかる申請の場合は、申請者の来所により、

（イ）補聴器、車椅子（オーダーメイド）及び重度障がい者意思伝達装置に係る申請で、補装具費支給申請書等により判定できる場合は、当該申請書等により、医学的判定を行い、身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）判定書により、判定結果を実施機関へ通知すること。この場合、判定書には補装具処方箋（様式第7号）を添付することができる。

これらの種目については、再支給（軽微なものを除く）に際しても、障がい状況等に変化のある場合、身体障がい者本人が処方内容の変更を希望する場合又はそれまで使用していた補装具から性能等が変更されている場合等は、同様の判定を行うこと。

また、借受けの申請に基づく判定依頼を行っていない場合においても、心身障がい者リハビリテーションセンター所長が判定の過程で借受けによることが適当と判断できる場合は、借受けの必要性を判定し、想定される借受け期間、使用効果等を判定書に記載し、実施機関に送付すること。

ウ 心身障がい者リハビリテーションセンター所長は、新規申請者に係る判定を行うときは、できる限り切断その他の医療措置を行った医師と緊密な連携を取り、判定に慎重を期すること。

エ 実施機関による決定

当該申請が、義眼、眼鏡（矯正用、遮光用、コンタクトレンズ、弱視用）、車椅子（レディメイド）、歩行器、視覚障がい者安全つえ及び歩行補助つえ（一本つえを除く。）、人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る。）に係るものであって、補装具費支給申請書等により判断できる場合は、心身障がい者リハビリテーションセンター所長の判定を要せず、実施機関が決定しても差し支えないこと。

なお、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定に基づき交付を受けた身体障がい者手帳によって当該申請に係る障がい者が補装具の購入等を必要とする者であることを確認することができるときは、補装具費支給意見書を省略させることができること。

ただし、人工内耳音声信号処理装置の修理の場合は、補装具費支給意見書等により、補装具業者が修理可能であることや医療保険給付で行われる交換ではないこと、補装具業者の保証期間内でないこと等を確認すること。

オ 補装具費支給意見書の作成について

申請者の来所を要せず、補装具費支給申請書等により心身障がい者リハビリテーションセンター所長が判定する場合又は実施機関が判断のうえ決定する場合は、具体的には、医師が作成する補装具費支給意見書（様式第2号）により判定することとなる。

なお、補装具費支給意見書を作成する医師は、それぞれ以下の要件を満たす者とする。

（ア）補装具費支給意見書により、心身障がい者リハビリテーションセンター所長が判定する場合のこれを作成する医師は、別表の①②③に掲げる医師であること。ただし、車椅子、重度障がい者意思伝達装置、補聴器、眼鏡等の補装具費支給意見書を作成する医師は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医師が望ましいものとする。

(イ) 補装具費支給意見書により、実施機関が判断の上決定する場合のこれを作成する医師は、別表の④に掲げる医師であること。

カ 心身障がい者リハビリテーションセンター所長は、重度の障がいを持つ者又は遠隔地に住む者等の利便を考慮する必要があるときは、別表の④に掲げる医師に医学的判定を委嘱することができる。

キ 身体障がい者が、補装具費支給意見書を提出することに代えて、心身障がい者リハビリテーションセンターにおいて判定を受けることを希望する場合は、心身障がい者リハビリテーションセンターにおいて判定を行うこと。また、借受け期間が終了し、改めて購入又は借受けの支給決定を行う場合についても、補装具費支給意見書を提出することに代えて、心身障がい者リハビリテーションセンターにおいて判定を行うことができる。

(2) 身体障がい児の補装具費支給

実施機関は、補装具費の支給を受けようとする障がい児の保護者から、補装具費支給意見書（様式第2号）及び補装具処方箋を添付した、様式第1号の補装具費支給申請書を受け付けること。

なお、補装具費支給意見書は、原則として別表の①から⑤までに掲げる医師の作成したものであること。

また、実施機関における支給の決定に際し、補装具の構造、機能等に関することで技術的な助言を必要とする場合には、心身障がい者リハビリテーションセンター所長に助言を求めること。その際、借受けの申請に基づく助言依頼を行っていない場合においても、心身障がい者リハビリテーションセンター所長が助言の過程で借受けによることが適当と判断できる場合は、借受けの必要性を助言し、想定される借受け期間、使用効果等を意見書に記載し、実施機関に送付すること。

さらに、身体障がい児に係る補装具処方箋の様式は、(1)のイの様式に準じること。

(3) 難病患者等の補装具費支給

原則、身体障がい者・児の手續に準ずるものとするが、補装具費の支給申請を受け付けるに当たり、特殊の疾病告示に掲げる疾病に該当するか否かについては、医師の診断書等の提出により確認するものとする。なお、特定疾患医療受給者証等により疾病名が確認できる場合には、医師の診断書の提出を求めないことができる。

なお、難病患者等に係る補装具費支給意見書は、別表の①から⑥までに掲げる医師が作成したものであること。

第9条 実施機関は、補装具費支給の申請があったときは、速やかに補装具費の支給を行うかどうかを決定し、購入又は修理に係る補装具費の支給を行うことを決定した場合は、補装具費支給決定通知書（様式第8号の1）及び補装具費支給券（様式第9号の1）を当該障がい者又は障がい児の保護者（以下、「補装具費支給対象障がい者等」という。）に交付する。

借受けに係る補装具費の支給決定に当たっては、あわせて借受け期間についても決定すること。

また、借受け期間中は毎月補装具費を支給するが、支給決定の際は、借受けを行う一月目のみ、申請者に対し、速やかに、補装具費支給決定通知書（様式第8号の2）と補装具費支給券（様式第9号の2及び3）を交付すること。その際、様式第9号の2については、借受け期間の最終月を除く月数分を、様式第9号の3については、借受け期間の最終月分を交付すること。支給決定の際に決定した借受け期間が終了するに当たっては、改めて心身障がい者リハビリテーションセンター等において、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、前条(1)と同様に更生相談所による判定、支給決定の手續を行うこと。

借受けに係る補装具の交換までの期間については、最長1年を原則とする。ただし、実施機関及び心身

(イ) 補装具費支給意見書により、実施機関が判断の上決定する場合のこれを作成する医師は、別表の④に掲げる医師であること。

カ 心身障がい者リハビリテーションセンター所長は、重度の障がいを持つ者又は遠隔地に住む者等の利便を考慮する必要があるときは、別表の④に掲げる医師に医学的判定を委嘱することができる。

キ 身体障がい者が、補装具費支給意見書を提出することに代えて、心身障がい者リハビリテーションセンターにおいて判定を受けることを希望する場合は、心身障がい者リハビリテーションセンターにおいて判定を行うこと。また、借受け期間が終了し、改めて購入又は借受けの支給決定を行う場合についても、補装具費支給意見書を提出することに代えて、心身障がい者リハビリテーションセンターにおいて判定を行うことができる。

(2) 身体障がい児の補装具費支給

実施機関は、補装具費の支給を受けようとする障がい児の保護者から、補装具費支給意見書（様式第2号）及び補装具処方箋を添付した、様式第1号の補装具費支給申請書を受け付けること。

なお、補装具費支給意見書は、原則として別表の①から⑤までに掲げる医師の作成したものであること。

また、実施機関における支給の決定に際し、補装具の構造、機能等に関することで技術的な助言を必要とする場合には、心身障がい者リハビリテーションセンター所長に助言を求めること。その際、借受けの申請に基づく助言依頼を行っていない場合においても、心身障がい者リハビリテーションセンター所長が助言の過程で借受けによることが適当と判断できる場合は、借受けの必要性を助言し、想定される借受け期間、使用効果等を意見書に記載し、実施機関に送付すること。

さらに、身体障がい児に係る補装具処方箋の様式は、(1)のイの様式に準じること。

(3) 難病患者等の補装具費支給

原則、身体障がい者・児の手續に準ずるものとするが、補装具費の支給申請を受け付けるに当たり、特殊の疾病告示に掲げる疾病に該当するか否かについては、医師の診断書等の提出により確認するものとする。なお、特定疾患医療受給者証等により疾病名が確認できる場合には、医師の診断書の提出を求めないことができる。

なお、難病患者等に係る補装具費支給意見書は、別表の①から⑥までに掲げる医師が作成したものであること。

第9条 実施機関は、補装具費支給の申請があったときは、速やかに補装具費の支給を行うかどうかを決定し、購入又は修理に係る補装具費の支給を行うことを決定した場合は、補装具費支給決定通知書（様式第8号の1）及び補装具費支給券（様式第9号の1）を当該障がい者又は障がい児の保護者（以下、「補装具費支給対象障がい者等」という。）に交付する。

借受けに係る補装具費の支給決定に当たっては、あわせて借受け期間についても決定すること。

また、借受け期間中は毎月補装具費を支給するが、支給決定の際は、借受けを行う一月目のみ、申請者に対し、速やかに、補装具費支給決定通知書（様式第8号の2）と補装具費支給券（様式第9号の2及び3）を交付すること。その際、様式第9号の2については、借受け期間の最終月を除く月数分を、様式第9号の3については、借受け期間の最終月分を交付すること。支給決定の際に決定した借受け期間が終了するに当たっては、改めて心身障がい者リハビリテーションセンター等において、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、前条(1)と同様に更生相談所による判定、支給決定の手續を行うこと。

借受けに係る補装具の交換までの期間については、最長1年を原則とする。ただし、実施機関及び心身

障がい者リハビリテーションセンター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、交換までの期間を最長3年程度とすることができる。支給決定に当たっては、耐用年数や想定される使用期間等を踏まえ、借受けの必要性を判断すること。

実施機関は申請を却下することの決定をしたときは、補装具費却下決定通知書（様式第10号の1及び2）により、理由を付して申請者に交付すること。

なお、補装具費の算定等については、別紙によるものとする。

（補装具の購入等の契約）

第10条 補装具費支給決定通知書（様式第8号の1及び2）の交付を受けた補装具費支給対象障がい者等は、補装具業者に補装具費支給券（様式第9号の1、2及び3）を提示し、契約を結んだうえで、補装具の購入等を行うこと。

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が望ましい。

（採型、仮合せ）

第11条 義肢、装具及び姿勢保持装置の採型及び仮合せは、第8条に準じて専門医等の指導のもとに実施すること。

（適合判定）

第12条 心身障がい者リハビリテーションセンター所長の判定に基づき、補装具費を支給する際には、第8条に準じて心身障がい者リハビリテーションセンター所長の判定を受けなければならない。

2 適合判定を行う際には、補装具費の支給を受ける者、医師、補装具費製作技術者及び身体障がい者福祉司等の関係者の立会いのもとに実施すること。

3 適合判定の結果、当該補装具が申請者に適合しないと認められた場合、処方箋どおりに製作されていないと判断された場合等については、補装具業者に対し不備な箇所の改善を指示し、改善がなされた後に補装具の引渡しを行わせること。

4 引渡し後、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、目的外使用もしくは取扱い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ヵ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。

ただし、修理基準に定める調整もしくは小部品の交換又は修理基準に規定されない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3ヵ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。

（補装具費の支給手順）

第13条 本市における補装具費の支給については、補装具費支給対象障がい者等に代わって補装具業者が受領（以下、「代理受領」という。）をすることを原則とし、その手順については次のとおりとする。

（1）補装具費の購入等に要した費用の支払い

障がい者リハビリテーションセンター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、交換までの期間を最長3年程度とすることができる。支給決定に当たっては、耐用年数や想定される使用期間等を踏まえ、借受けの必要性を判断すること。

実施機関は申請を却下することの決定をしたときは、補装具費却下決定通知書（様式第10号の1及び2）により、理由を付して申請者に交付すること。

なお、補装具費の算定等については、別紙によるものとする。

（補装具の購入等の契約）

第10条 補装具費支給決定通知書（様式第8号の1及び2）の交付を受けた補装具費支給対象障がい者等は、補装具業者に補装具費支給券（様式第9号の1、2及び3）を提示し、契約を結んだうえで、補装具の購入等を行うこと。

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が望ましい。

（採型、仮合せ）

第11条 義肢、装具及び姿勢保持装置の採型及び仮合せは、第8条に準じて専門医等の指導のもとに実施すること。

（適合判定）

第12条 心身障がい者リハビリテーションセンター所長の判定に基づき、補装具費を支給する際には、第8条に準じて心身障がい者リハビリテーションセンター所長の判定を受けなければならない。

2 適合判定を行う際には、補装具費の支給を受ける者、医師、補装具費製作技術者及び身体障がい者福祉司等の関係者の立会いのもとに実施すること。

3 適合判定の結果、当該補装具が申請者に適合しないと認められた場合、処方箋どおりに製作されていないと判断された場合等については、補装具業者に対し不備な箇所の改善を指示し、改善がなされた後に補装具の引渡しを行わせること。

4 引渡し後、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、目的外使用もしくは取扱い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ヵ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。

ただし、修理基準に定める調整もしくは小部品の交換又は修理基準に規定されない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3ヵ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。

（補装具費の支給手順）

第13条 本市における補装具費の支給については、補装具費支給対象障がい者等に代わって補装具業者が受領（以下、「代理受領」という。）をすることを原則とし、その手順については次のとおりとする。

（1）補装具費の購入等に要した費用の支払い

ア 代理受領の前提条件として、補装具費支給対象障がい者等は、あらかじめ本市に「補装具費の代理受領事業者の登録に関する要綱」に基づく登録をした補装具業者と第 10 条による契約を行うとともに、補装具支給券を当該補装具業者に提出すること。

イ 購入又は修理に係る補装具費支給対象障がい者等は、アによる契約を行った補装具業者より、補装具の引渡しを受ける際に、利用者負担額を支払うとともに、代理請求及び代理受領に係る委任をすること。

ウ 補装具業者は、イによる利用者負担額を受領する際に領収書を発行すること。

借受けに係る補装具については、一月目の借受けに要した費用についての支払を受け、領収書を発行すること。二月目以降は、毎月の支払の際に領収書を発行すること。

なお、借受けの単位は暦月であるが、その月の途中で借受けを開始した場合又は終了した場合は、日割計算により借受けに係る補装具費が支払われるものであること。その場合、借受けの開始日は様式第 9 号の 2 の「受領日」であり、終了日は様式第 9 号の 3 の「返却日」であること。

ただし、利用者負担額が 0 円と認定された補装具費支給対象障がい者等については、領収書の発行を要しない。

(2) 補装具費の請求

補装具業者は、補装具費支給券（様式第 9 号の 1）に当該補装具費の請求書を添えて、速やかに実施機関に提出すること。実施機関は、補装具業者から提出された書類を審査の上、支払を行うこと。

借受けによる契約を締結した補装具業者は、借受けを行う一月目及び借受け期間の最終月を除く月にあっては様式第 9 号の 2 の、借受け期間の最終月にあっては様式例第 9 号の 3 の補装具費支給券を添えて、実施機関に請求すること。

(代理受領によらない補装具費の支給手順)

第 14 条 補装具費支給対象障がい者等が、前条の支給手順による代理受領を行わないときの支給手順は次のとおりとする。

(1) 補装具費支給対象障がい者等は、補装具の引渡しを受けた場合は、補装具業者に補装具の購入等に要した費用を支払い、購入又は修理に係る補装具費支給対象障がい者等は、当該補装具費の請求書、補装具費支給券（様式第 9 号の 1）、納品書及び領収書を添えて、大阪市長あてに請求すること。

借受けに係る補装具費支給対象障がい者等は、当該補装具の請求書及び一月目及び借受け期間の最終月を除く月にあっては様式第 9 号の 2 の、借受け期間の最終月にあっては様式第 9 号の 3 の補装具費支給券、並びに領収書を添えて、実施機関に補装具費の請求すること。

(2) 実施機関は、補装具費支給対象障がい者等から同条第 1 号による補装具費の請求があった場合は、補装具費の支払いを行うこと。

(関係帳簿)

第 15 条 実施機関は補装具の支給に当たって、補装具費支給決定簿を備え、必要な事項を記載しておくこと。

(その他)

ア 代理受領の前提条件として、補装具費支給対象障がい者等は、あらかじめ本市に「補装具費の代理受領事業者の登録に関する要綱」に基づく登録をした補装具業者と第 10 条による契約を行うとともに、補装具支給券を当該補装具業者に提出すること。

イ 購入又は修理に係る補装具費支給対象障がい者等は、アによる契約を行った補装具業者より、補装具の引渡しを受ける際に、利用者負担額を支払うとともに、代理請求及び代理受領に係る委任をすること。

ウ 補装具業者は、イによる利用者負担額を受領する際に領収書を発行すること。

借受けに係る補装具については、一月目の借受けに要した費用についての支払を受け、領収書を発行すること。二月目以降は、毎月の支払の際に領収書を発行すること。

なお、借受けの単位は暦月であるが、その月の途中で借受けを開始した場合又は終了した場合は、日割計算により借受けに係る補装具費が支払われるものであること。その場合、借受けの開始日は様式第 9 号の 2 の「受領日」であり、終了日は様式第 9 号の 3 の「返却日」であること。

ただし、利用者負担額が 0 円と認定された補装具費支給対象障がい者等については、領収書の発行を要しない。

(2) 補装具費の請求

補装具業者は、補装具費支給券（様式第 9 号の 1）に当該補装具費の請求書を添えて、速やかに実施機関に提出すること。実施機関は、補装具業者から提出された書類を審査の上、支払を行うこと。

借受けによる契約を締結した補装具業者は、借受けを行う一月目及び借受け期間の最終月を除く月にあっては様式第 9 号の 2 の、借受け期間の最終月にあっては様式例第 9 号の 3 の補装具費支給券を添えて、実施機関に請求すること。

(代理受領によらない補装具費の支給手順)

第 14 条 補装具費支給対象障がい者等が、前条の支給手順による代理受領を行わないときの支給手順は次のとおりとする。

(1) 補装具費支給対象障がい者等は、補装具の引渡しを受けた場合は、補装具業者に補装具の購入等に要した費用を支払い、購入又は修理に係る補装具費支給対象障がい者等は、当該補装具費の請求書、補装具費支給券（様式第 9 号の 1）、納品書及び領収書を添えて、大阪市長あてに請求すること。

借受けに係る補装具費支給対象障がい者等は、当該補装具の請求書及び一月目及び借受け期間の最終月を除く月にあっては様式第 9 号の 2 の、借受け期間の最終月にあっては様式第 9 号の 3 の補装具費支給券、並びに領収書を添えて、実施機関に補装具費の請求すること。

(2) 実施機関は、補装具費支給対象障がい者等から同条第 1 号による補装具費の請求があった場合は、補装具費の支払いを行うこと。

(関係帳簿)

第 15 条 実施機関は補装具の支給に当たって、補装具費支給決定簿を備え、必要な事項を記載しておくこと。

(その他)

第 16 条 福祉局主管課は、保健福祉センター所長が支給する補装具費について、必要な予算の配付を行うこと。

また、保健福祉センター所長は、福祉局主管課の求めに応じ、その都度、当該補装具費の支給決定状況、執行状況等を報告すること。

2 補装具費の支給に際しては、身体障害者福祉法施行細則第 7 条及び第 9 条に基づき身体障がい者手帳並びに身体障がい者更生指導台帳に所要事項を記載すること。

3 補装具費の支給に関する事務の委任及び専決は、大阪市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細則（平成 18 年大阪市規則第 102 号）により定めるところによること。

附 則

この要綱は平成 18 年 10 月 1 日から実施する。

附 則

この要綱は平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 27 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 27 年 7 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 28 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成 30 年 3 月 1 日から施行する。

2 この要綱の施行の際、現にある改正前の様式は、当分の間、これを使用することができる。

附 則

この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

第 16 条 福祉局主管課は、保健福祉センター所長が支給する補装具費について、必要な予算の配付を行うこと。

また、保健福祉センター所長は、福祉局主管課の求めに応じ、その都度、当該補装具費の支給決定状況、執行状況等を報告すること。

2 補装具費の支給に際しては、身体障害者福祉法施行細則第 7 条及び第 9 条に基づき身体障がい者手帳並びに身体障がい者更生指導台帳に所要事項を記載すること。

3 補装具費の支給に関する事務の委任及び専決は、大阪市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細則（平成 18 年大阪市規則第 102 号）により定めるところによること。

附 則

この要綱は平成 18 年 10 月 1 日から実施する。

附 則

この要綱は平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 27 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 27 年 7 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 28 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成 30 年 3 月 1 日から施行する。

2 この要綱の施行の際、現にある改正前の様式は、当分の間、これを使用することができる。

附 則

この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年5月20日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和7年9月3日から施行し、令和7年4月1日より適用する。
- 2 この要綱の施行の際、現にある改正前の様式は、当分の間、これを使用することができる。

この要綱は、平成30年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年5月20日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和7年9月3日から施行し、令和7年4月1日より適用する。
- 2 この要綱の施行の際、現にある改正前の様式は、当分の間、これを使用することができる。

別紙

補装具費等の算定について

(1) 基準額の算出（端数処理：小数点以下切り捨て）

購入又は修理の場合

次に掲げる(ア)又は(イ)のうち、どちらか低い額を基準額とする。

(ア) 告示により算出した額

(イ) 現に補装具の購入又は修理に要した費用の額

借受けの場合

次に掲げる(ア)又は(イ)のうち、どちらか低い額を基準額とする。

(ア) 告示により算出した額（日割り計算を行う場合は、その額）

(イ) 現に補装具の借受けに要した費用の額

(2) 利用者負担額の算出

原則、負担上限月額（政令で定める額）とする。ただし、負担上限月額よりも基準額に $10 / 100$ を乗じて得た額（1割負担額）の方が低い場合は、1割負担額（端数処理：小数点以下切り捨て）とする。

(3) 補装具費の算出

基準額の $10 / 100$ 相当額が負担上限月額を超えない場合

補装具費 = 基準額 - 利用者負担額

基準額の $10 / 100$ 相当額が利用者負担上限月額を超える場合

補装具費 = 基準額 - 負担上限月額

同一月内に複数回の支給を受ける場合

補装具費の算出

前回の支給の際に利用者負担額が負担上限月額を超えていない場合

ア 今回の基準額の $10 / 100$ 相当額を加算して負担上限月額を超えない場合

補装具費 = (今回の基準額 + 前回までの基準額) - (今回の利用者負担額 + 前回までの利用者負担額)

イ 今回の基準額の $10 / 100$ 相当額を加算して負担上限月額を超えた場合

補装具費 = (今回の基準額 + 前回までの基準額) - 負担上限月額

前回の支給の際に利用者負担額が利用者負担上限月額を超えている場合

補装具費 = (今回の基準額 + 前回までの基準額) - 負担上限月額

別紙

補装具費等の算定について

(1) 基準額の算出（端数処理：小数点以下切り捨て）

購入又は修理の場合

次に掲げる(ア)又は(イ)のうち、どちらか低い額を基準額とする。

(ア) 告示により算出した額

(イ) 現に補装具の購入又は修理に要した費用の額

借受けの場合

次に掲げる(ア)又は(イ)のうち、どちらか低い額を基準額とする。

(ア) 告示により算出した額（日割り計算を行う場合は、その額）

(イ) 現に補装具の借受けに要した費用の額

(2) 利用者負担額の算出

原則、負担上限月額（政令で定める額）とする。ただし、負担上限月額よりも基準額に $10 / 100$ を乗じて得た額（1割負担額）の方が低い場合は、1割負担額（端数処理：小数点以下切り捨て）とする。

(3) 補装具費の算出

基準額の $10 / 100$ 相当額が負担上限月額を超えない場合

補装具費 = 基準額 - 利用者負担額

基準額の $10 / 100$ 相当額が利用者負担上限月額を超える場合

補装具費 = 基準額 - 負担上限月額

同一月内に複数回の支給を受ける場合

補装具費の算出

前回の支給の際に利用者負担額が負担上限月額を超えていない場合

ア 今回の基準額の $10 / 100$ 相当額を加算して負担上限月額を超えない場合

補装具費 = (今回の基準額 + 前回までの基準額) - (今回の利用者負担額 + 前回までの利用者負担額)

イ 今回の基準額の $10 / 100$ 相当額を加算して負担上限月額を超えた場合

補装具費 = (今回の基準額 + 前回までの基準額) - 負担上限月額

前回の支給の際に利用者負担額が利用者負担上限月額を超えている場合

補装具費 = (今回の基準額 + 前回までの基準額) - 負担上限月額

別表

補装具費支給意見書を作成する医師の要件について

	身体障がい者	身体障がい児	難病患者等
身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）			
指定自立支援医療機関の医師（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）			
国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師			
上記と同等と認める医師（ ）			
保健所の医師			
難病法第 6 条第 1 項に基づく指定医			

補装具費支給意見書のみで市町村が判断する種目に限る

別表

補装具費支給意見書を作成する医師の要件について

	身体障がい者	身体障がい児	難病患者等
身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）			
指定自立支援医療機関の医師（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）			
国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師			
上記と同等と認める医師（ ）			
保健所の医師			
難病法第 6 条第 1 項に基づく指定医			

補装具費支給意見書のみで市町村が判断する種目に限る

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

(提出先)
大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日

申請者	住所	(〒 -)												
	フリガナ	電話 () -												
	氏名	(対象者との続柄)						生年月日	年 月 日					
	個人番号													

次のとおり、補装具費の支給を申請します。

1 対象者 ☐ 申請者に同じ

フリガナ							生年月日	年 月 日					
氏名													
住所	大阪市 区												
個人番号													

2 障がい状況

身体障がい者手帳	番号	第 号		交付年月日	年 月 日		
	障がい名					等級	級
難病患者等	疾病名						

3 申請する補装具及び希望する業者

補装具の名称											
修理を要する部位 (修理の場合のみ記入)											
業者	名称										
	所在地										
	電話										

4 該当する所得区分 生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上
(○をつけてください)

※ 本人(障がい児の場合は保護者)が提出する場合、記入不要。

提出者	住所	(〒 -)											
	フリガナ	電話 () -											
	氏名印	申請者との続柄											

(ここから下は記入不可)

保健福祉センター確認欄

(添付書類) ☐ 判定書 ☐ 見積書 ☐ 税確認資料 (減免申請書・申告書) ☐ その他 ()

(修理・再支給の場合の確認事項) ※ 修理・再支給の必要がある場合は、他制度の適用がないことを確認(聴取)すること。

☐ 補装具に対する保証期間の適用外である ☐ 補装具に対する任意保険の加入がない ☐ 介護保険等他制度適用の対象ではない

別紙、申請結果調書の内容により

☐ 支給を決定します ☐ 支給を却下します

決裁欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	係長	担当係長	係員	公印審査	
	・							取扱責任者	文書主任
	決裁年月日								
	・								

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

(提出先)
大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日

申請者	住所	(〒 -)												
	フリガナ	電話 () -												
	氏名	(対象者との続柄)						生年月日	年 月 日					
	個人番号													

次のとおり、補装具費の支給を申請します。

1 対象者 ☐ 申請者に同じ

フリガナ							生年月日	年 月 日					
氏名													
住所	大阪市 区												
個人番号													

2 障がい状況

身体障がい者手帳	番号	第 号		交付年月日	年 月 日		
	障がい名					等級	級
難病患者等	疾病名						

3 申請する補装具及び希望する業者

補装具の名称											
修理を要する部位 (修理の場合のみ記入)											
業者	名称										
	所在地										
	電話										

4 該当する所得区分 生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上
(○をつけてください)

※ 本人(障がい児の場合は保護者)が提出する場合、記入不要。

提出者	住所	(〒 -)											
	フリガナ	電話 () -											
	氏名印	申請者との続柄											

(ここから下は記入不可)

保健福祉センター確認欄

(添付書類) ☐ 判定書 ☐ 見積書 ☐ 税確認資料 (減免申請書・申告書) ☐ その他 ()

(修理・再支給の場合の確認事項) ※ 修理・再支給の必要がある場合は、他制度の適用がないことを確認(聴取)すること。
☐ 補装具に対する保証期間の適用外である ☐ 補装具に対する任意保険の加入がない ☐ 介護保険等他制度適用の対象ではない

別紙、申請結果調書の内容により

☐ 支給を決定します ☐ 支給を却下します

決裁欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	係長	担当係長	係員	公印審査	
	・							取扱責任者	文書主任
	決裁年月日								
	・								

補装具費支給意見書

身体障がい者又は児童の住所・氏名および生年月日

フリガナ		生年 月 日	年 月 日 (歳)
氏 名			
住 所	大阪市 区		

※18 歳以上の方の車椅子、重度障がい者用意思伝達装置につきましては、それぞれの補装具専用の意見書様式をご使用ください。

病 名	
障がい及び 疾病等の状況	
補装具の名称	
借受けの適否 借受け対象の用具は 下記欄外※	補装具の借受けが (適 当 ・ 不 適 当) ※借受けが適当な場合とは、次のとおり (該当する場合は番号を丸で囲んでください) ① 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 ② 障がいの進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合 ③ 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
その他	(補装具を必要と認める理由、身体症状等の変動状況や日内変動等)
上記のとおり診断する。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">医療機関名</div> <div style="text-align: center;">医師氏名</div>	

※借受け対象の用具は以下に限ります。

義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品・重度障がい者用意思伝達装置の本体・歩行器・車載用姿勢保持装置

【注】この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いします。

補装具費支給意見書

身体障がい者又は児童の住所・氏名および生年月日

フリガナ		生年 月 日	年 月 日 (歳)
氏 名			
住 所	大阪市 区		

※18 歳以上の方の車椅子、重度障がい者用意思伝達装置につきましては、それぞれの補装具専用の意見書様式をご使用ください。

病 名	
障がい及び 疾病等の状況	
補装具の名称	
借受けの適否 借受け対象の用具は 下記欄外※	補装具の借受けが (適 当 ・ 不 適 当) ※借受けが適当な場合とは、次のとおり (該当する場合は番号を丸で囲んでください) ① 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 ② 障がいの進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合 ③ 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
その他	(補装具を必要と認める理由、身体症状等の変動状況や日内変動等)
上記のとおり診断する。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">医療機関名</div> <div style="text-align: center;">医師氏名</div>	

※借受け対象の用具は以下に限ります。

義肢、装具、姿勢保持装置の完成用部品・重度障がい者用意思伝達装置の本体・歩行器・車載用姿勢保持装置

【注】この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いします。

肢体不自由（児）特例補装具費支給用診療情報提供書（書類判定意見書）

年 月 日

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター所長 宛

病院所在地：

病 院 名：

診療科名：科 医師名：

ふりがな		氏 名		生年月日：年 月 日	
①障がい名及び原因となった疾病・外傷名（身体障がい者手帳に記載されている障がい名を記入してください）			②身体障がい者手帳		
			等級 級		
※障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病（難病等）に該当（□する・□しない）			③手帳診断年月日 年 月 日		
④現病歴（生下時または発症から現在まで）					
⑤これまでに交付等された補装具の種類についての目的・効果・課題など					
⑥現在までの訓練の経過・内容・効果など					
⑦これからの訓練の予定・目標・予測される改善点など					
⑧希望する特例補装具名：			⑨見積額：円		
⑩基準内補装具ではうまく対応できない点					
⑪特例補装具でなければならない理由					

※この書類は、肢体不自由(児)特例補装具費の支給判定のみに使用します

肢体不自由（児）特例補装具費支給用診療情報提供書の書き方（手引き）
（「肢体不自由（児）特例補装具支給用診療情報提供書」を書いていただく先生方へのお願い）

- ・補装具は現時点では基準内のものを使用していただくのが基本ですが、重度の障がい状況等から国の定めた形式や基本構造等の補装具では対応できない場合には、特例の補装具を認める場合があります。
- ・この診療情報提供書を参考に判断しますので、内容に不明な点がある場合は、再度の提出をお願いしたり、補装具費の支給ができない場合があります。わかりやすく詳しく記入をお願いします。

- ①障がい名又は難病名：身体障がいで申請される場合は身体障がい者手帳に記載されている障がい名及び原因疾患名を記入してください。できればその他の障がい名も記入して下さい。難病で申請される場合は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病を記入して下さい。
- ②等級：わかる範囲内で肢体においては上肢・下肢・体幹・脳原性（上肢・移動）の別に記入して下さい。
- ③手帳診断年月日：わかる範囲内で詳しく記入して下さい。身体障がい者手帳をお持ちでない方は記入しないでください。
- ④現病歴：生下時または発症から現在に至るまでの治療状況を詳しく記入して下さい。
- ⑤これまでに交付等された補装具の種類についてのその目的・効果・課題など：過去交付等を受け使用された補装具の目的や効果及び今後の課題などについて、当センターの判定医師が今回の補装具の適否を判定する際に参考となる医学的情報を簡潔に記述して下さい。
- ⑥現在までの訓練の経過・内容・効果など：これまで貴院や貴院以前に行われてきた訓練に関して具体的に、詳細に記入して下さい。どのような訓練が効果的であったのか、またどのような訓練に困難を伴ったのか詳しく記入して下さい。
- ⑦これからの訓練の予定・目標・予測される改善点など：貴院におけるこれからの訓練の予定・目標・予測される改善点を詳しく記入して下さい。
- ⑧希望する特例補装具名：具体的に希望される補装具の名前を記入して下さい。
- ⑨見積額：内規で一定の基準を設けていますので、これを越えるような場合は、自己負担額が生じる場合がありますのでご注意ください。
- ⑩基準内補装具ではうまく対応できない点：症状と訓練の状態から具体的にどのような点が基準内補装具で対応できないかを記入して下さい。できる限り基準内の補装具をお使いいただくことを念頭において医学的に記入して下さい。
- ⑪特例補装具でなければならない理由：基準内補装具を念頭に置きながら、特例補装具のどのような点が必要不可欠であるのかを医学的に説明して下さい。特例補装具のどのような機能が、障がい者の日常生活動作のどのような改善が見込まれるかを、具体的に詳しく記入して下さい。
- ※先生方の本診療情報提供書（意見書）によって、当センター判定医師が、障がいのある方への特例補装具の交付の可否を“書類判定”によって行う大事な資料です。個々人の身体状況が具体的に伝わり、適正に特例補装具が必要であると当センター判定医師が判断できる書類の作成をお願いします。それぞれ内容を十分検討させていただいて、特例補装具費の支給の可否を決定します。
- ※用紙の関係でスペースが足りない場合は、別紙などを使用して下さい。ただしこの場合も、本「肢体不自由（児）特例補装具費支給用診療情報提供書」の項目を全て含む内容で記入して下さい。

以上ご理解の上、ご協力をお願いします。

※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター 相談課（T e l 06－6797－6561）までお願いします。

肢体不自由（児）特例補装具費支給用診療情報提供書（書類判定意見書）

年 月 日

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター所長 宛

病院所在地：

病 院 名：

診療科名：科 医師名：

ふりがな		氏 名		生年月日：年 月 日	
①障がい名及び原因となった疾病・外傷名（身体障がい者手帳に記載されている障がい名を記入してください）			②身体障がい者手帳		
			等級 級		
※障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病（難病等）に該当（□する・□しない）			③手帳診断年月日 年 月 日		
④現病歴（生下時または発症から現在まで）					
⑤これまでに交付等された補装具の種類についての目的・効果・課題など					
⑥現在までの訓練の経過・内容・効果など					
⑦これからの訓練の予定・目標・予測される改善点など					
⑧希望する特例補装具名：			⑨見積額：円		
⑩基準内補装具ではうまく対応できない点					
⑪特例補装具でなければならない理由					

※この書類は、肢体不自由(児)特例補装具費の支給判定のみに使用します

肢体不自由（児）特例補装具費支給用診療情報提供書の書き方（手引き）
（「肢体不自由（児）特例補装具支給用診療情報提供書」を書いていただく先生方へのお願い）

- ・補装具は現時点では基準内のものを使用していただくのが基本ですが、重度の障がい状況等から国の定めた形式や基本構造等の補装具では対応できない場合には、特例の補装具を認める場合があります。
- ・この診療情報提供書を参考に判断しますので、内容に不明な点がある場合は、再度の提出をお願いしたり、補装具費の支給ができない場合があります。わかりやすく詳しく記入をお願いします。

- ①障がい名又は難病名：身体障がいで申請される場合は身体障がい者手帳に記載されている障がい名及び原因疾患名を記入してください。できればその他の障がい名も記入して下さい。難病で申請される場合は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病を記入して下さい。
- ②等級：わかる範囲内で肢体においては上肢・下肢・体幹・脳原性（上肢・移動）の別に記入して下さい。
- ③手帳診断年月日：わかる範囲内で詳しく記入して下さい。身体障がい者手帳をお持ちでない方は記入しないでください。
- ④現病歴：生下時または発症から現在に至るまでの治療状況を詳しく記入して下さい。
- ⑤これまでに交付等された補装具の種類についてのその目的・効果・課題など：過去交付等を受け使用された補装具の目的や効果及び今後の課題などについて、当センターの判定医師が今回の補装具の適否を判定する際に参考となる医学的情報を簡潔に記述して下さい。
- ⑥現在までの訓練の経過・内容・効果など：これまで貴院や貴院以前に行われてきた訓練に関して具体的に、詳細に記入して下さい。どのような訓練が効果的であったのか、またどのような訓練に困難を伴ったのか詳しく記入して下さい。
- ⑦これからの訓練の予定・目標・予測される改善点など：貴院におけるこれからの訓練の予定・目標・予測される改善点を詳しく記入して下さい。
- ⑧希望する特例補装具名：具体的に希望される補装具の名前を記入して下さい。
- ⑨見積額：内規で一定の基準を設けていますので、これを越えるような場合は、自己負担額が生じる場合がありますのでご注意ください。
- ⑩基準内補装具ではうまく対応できない点：症状と訓練の状態から具体的にどのような点が基準内補装具で対応できないかを記入して下さい。できる限り基準内の補装具をお使いいただくことを念頭において医学的に記入して下さい。
- ⑪特例補装具でなければならない理由：基準内補装具を念頭に置きながら、特例補装具のどのような点が必要不可欠であるのかを医学的に説明して下さい。特例補装具のどのような機能が、障がい者の日常生活動作のどのような改善が見込まれるかを、具体的に詳しく記入して下さい。
- ※先生方の本診療情報提供書（意見書）によって、当センター判定医師が、障がいのある方への特例補装具の交付の可否を“書類判定”によって行う大事な資料です。個々人の身体状況が具体的に伝わり、適正に特例補装具が必要であると当センター判定医師が判断できる書類の作成をお願いします。それぞれ内容を十分検討させていただいて、特例補装具費の支給の可否を決定します。
- ※用紙の関係でスペースが足りない場合は、別紙などを使用して下さい。ただしこの場合も、本「肢体不自由（児）特例補装具費支給用診療情報提供書」の項目を全て含む内容で記入して下さい。

以上ご理解の上、ご協力をお願いします。

※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター 相談課（T e l 06－6797－6561）までお願いします。

診 断 書

〔補装具費支給事業【難病患者等用】〕

この診断書の記入に当たっては、別紙「主治医様へお願い」を参考にしてください。

ふりがな 患 者 氏 名		生年 月 日	年 月 日 歳
患 者 住 所	大阪市 区		
疾 病 名 ※			発病時期 年 月
症 状			
補装具を必要 とする身体の状態 及び必要とする 器具の名称		種 目	1 義肢 2 装具 3 座位保持装置 4 車椅子 5 歩行補助つえ 6 歩行器 7 視覚障がい者安全つえ 8 義眼 9 眼鏡 (矯正眼鏡・遮光眼鏡・コンタクトレンズ・弱視眼鏡) 10 補聴器 11 重度障がい者用意思伝達装置

上記の患者の病状等については以上のとおりであると診断します。

年 月 日 医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

担当医師 連絡先 TEL () ー

※疾病名は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病名を記載すること。

【注】この診断書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

診 断 書

〔補装具費支給事業【難病患者等用】〕

この診断書の記入に当たっては、別紙「主治医様へお願い」を参考にしてください。

ふりがな 患 者 氏 名		生年 月 日	年 月 日 歳
患 者 住 所	大阪市 区		
疾 病 名 ※			発病時期 年 月
症 状			
補装具を必要 とする身体の状態 及び必要とする 器具の名称		種 目	1 義肢 2 装具 3 座位保持装置 4 車椅子 5 歩行補助つえ 6 歩行器 7 視覚障がい者安全つえ 8 義眼 9 眼鏡 （矯正眼鏡・遮光眼鏡・コンタクトレンズ・弱視眼鏡） 10 補聴器 11 重度障がい者用意思伝達装置

上記の患者の病状等については以上のとおりであると診断します。

年 月 日 医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

担当医師 連絡先 TEL () -

※疾病名は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病名を記載すること。

【注】この診断書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

主治医様へお願い

大阪市 区保健福祉センター
連絡先(06 - -)

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に基づく補装具費支給事業において、補装具費の支給を受けていただくために、該当疾病であること等医師の診断書が必要です。

つきましては、以下のことに留意して指定の診断書用紙にご記入くださいますようお願いいたします。

なお、当該疾病（難病等）が起因となり、各種目ごとの対象者となる要件を満たす場合で、かつ現状・病状から当該用具が必要であると認められる場合に支給するものとしています。

- 診断書には、
- ① 症状欄には、在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾病に関する現在の主要症状を記入してください。また、別表の対象者としての状況に該当するかどうかも記載してください。
 - ② 当該疾病にかかる現状・病状から必要と認められる用具がある場合、身体状況欄への記載及び種目欄に○印を付してください。
- 以上について、ご指示くださいますよう、お願い申し上げます。

別表

種 目	対 象 者 等
義肢	補装具は「身体機能を補完又は代替する用具」であるため、その用具、機能がなければ生活、就労、就学が極めて困難である人。 (単に便利だからとか、ＱＯＬの向上や介助の軽減になるというだけでは対象となりません。)
装具	
座位保持装置	
車椅子	下肢又は体幹機能に障がいのある人。 疾病のため、歩行が困難な人。
歩行補助つえ	
歩行器	
視覚障がい者安全つえ	難病で視力が低下し、安全な歩行を確保するために必要な人。
義眼	難病で眼球を摘出又は眼球ろうの人。
矯正眼鏡	矯正眼鏡等を使用しても身体障がい者手帳の対象となる程度の人
コンタクトレンズ	矯正眼鏡等を使用しても身体障がい者手帳の対象となる程度の人で矯正眼鏡では対応できない人。
弱視眼鏡	矯正眼鏡等を使用しても身体障がい者手帳の対象となる程度の人で、矯正眼鏡やコンタクトレンズでは対応できない人。
遮光眼鏡	羞明を来しており、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人。
補聴器	高度難聴以上に該当し、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な人。 ※中軽度補聴器は補装具費支給対象外
重度障害者用意思伝達装置	音声・言語機能障がい及び神経・筋疾患であり、重度障がい者意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な人。

主治医様へお願い

大阪市 区保健福祉センター
連絡先(06 - -)

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に基づく補装具費支給事業において、補装具費の支給を受けていただくために、該当疾病であること等医師の診断書が必要です。

つきましては、以下のことに留意して指定の診断書用紙にご記入くださいますようお願いいたします。

なお、当該疾病（難病等）が起因となり、各種目ごとの対象者となる要件を満たす場合で、かつ現状・病状から当該用具が必要であると認められる場合に支給するものとしています。

- 診断書には、
- ① 症状欄には、在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾病に関する現在の主要症状を記入してください。また、別表の対象者としての状況に該当するかどうかも記載してください。
 - ② 当該疾病にかかる現状・病状から必要と認められる用具がある場合、身体状況欄への記載及び種目欄に○印を付してください。
- 以上について、ご指示くださいますよう、お願い申し上げます。

別表

種 目	対 象 者 等
義肢	補装具は「身体機能を補完又は代替する用具」であるため、その用具、機能がなければ生活、就労、就学が極めて困難である人。 (単に便利だからとか、ＱＯＬの向上や介助の軽減になるというだけでは対象となりません。)
装具	
座位保持装置	
車椅子	下肢又は体幹機能に障がいのある人。 疾病のため、歩行が困難な人。
歩行補助つえ	
歩行器	
視覚障がい者安全つえ	難病で視力が低下し、安全な歩行を確保するために必要な人。
義眼	難病で眼球を摘出又は眼球ろうの人。
矯正眼鏡	矯正眼鏡等を使用しても身体障がい者手帳の対象となる程度の人
コンタクトレンズ	矯正眼鏡等を使用しても身体障がい者手帳の対象となる程度の人で矯正眼鏡では対応できない人。
弱視眼鏡	矯正眼鏡等を使用しても身体障がい者手帳の対象となる程度の人で、矯正眼鏡やコンタクトレンズでは対応できない人。
遮光眼鏡	羞明を来しており、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人。
補聴器	高度難聴以上に該当し、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な人。 ※中軽度補聴器は補装具費支給対象外
重度障害者用意思伝達装置	音声・言語機能障がい及び神経・筋疾患であり、重度障がい者意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な人。

診断書

〔補装具費支給事業【難病患者等用】〕

この診断書の記入に当たっては、別紙「主治医様へお願い」を参考にしてください。

ふりがな 患 者 氏 名		生年 月日	年 月 日 歳
患 者 住 所	大阪市 区		
疾 病 名 ※			発病時期 年 月
補装具名	電動車椅子		
症 状 及 び 電 動 車 椅 子 を を 必 要 と する 身 体 の 状 況			

(考慮が必要な項目)

- ☐ 上記疾病により症状の悪化を防止する観点から電動車椅子が必要である。
- ☐ 上記疾病により車椅子等の補装具では歩行機能の代替はできない。

(使用者条件)

- ☐ 日常生活において、視野、視力、聴力等に障がいをもたない又は障がいをもつが電動車椅子の安全走行に支障がないと判断される
- ☐ 歩行者として、必要最小限の交通規則を理解・遵守することができる

上記の患者の病状等については以上のとおりであると診断します。

年 月 日 医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

担当医師 連絡先 TEL ()

※疾病名は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病名を記載すること。

【注】この診断書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

診 断 書

〔補装具費支給事業【難病患者等用】〕

この診断書の記入に当たっては、別紙「主治医様へお願い」を参考にしてください。

ふりがな 患 者 氏 名		生年 月 日	年 月 日 歳
患 者 住 所	大阪市 区		
疾 病 名 ※			発病時期 年 月
補装具名	電動車椅子		
症 状 及 び 電 動 車 椅 子 を を 必 要 と する 身 体 の 状 況			

(考慮が必要な項目)

- ☐ 上記疾病により症状の悪化を防止する観点から電動車椅子が必要である。
☐ 上記疾病により車椅子等他の補装具では歩行機能の代替はできない。

(使用者条件)

- ☐ 日常生活において、視野、視力、聴力等に障がいをもたない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
☐ 歩行者として、必要最小限の交通規則を理解・遵守することができる

上記の患者の病状等については以上のとおりであると診断します。

年 月 日 医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

担当医師 連絡先 TEL () -

※疾病名は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病名を記載すること。

【注】この診断書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

主治医様へお願い

大阪市 区保健福祉センター
連絡先(06 - -)

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に基づく補装具費支給事業において、補装具費の支給を受けていただくために、該当疾病であること等医師の診断書が必要です。

つきましては、以下のことに留意して指定の診断書用紙にご記入くださいますようお願いいたします。

なお、当該疾病（難病等）が起因となり、各種目ごとの対象者となる要件を満たす場合で、かつ現状・病状から当該用具が必要であると認められる場合に支給するものとしています。

- 診断書には、
- ① 症状欄には、在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾病に関する現在の主要症状及び身体状況等の変動や日内変動等があれば記入してください。また、別表の対象者としての状況に該当するか否かも記載してください。
 - ② 電動車椅子を使用するうえで、考慮が必要な項目に該当する場合はチェック欄にチェックをしてください。
 - ③ 電動車椅子を使用するうえで、記載の（使用者条件）に該当する場合はチェック欄にチェックをしてください。

以上について、ご指示くださいますよう、お願い申し上げます。

別表

種 目	対象者等
電動車椅子	学齢児以上であって、次のいずれかに該当する人 ア 下肢に重度の障がいがあり、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない人 イ 歩行に著しい制限を受ける人又は歩行により症状の悪化をきたす人

主治医様へお願い

大阪市 区保健福祉センター
連絡先(06 - -)

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に基づく補装具費支給事業において、補装具費の支給を受けていただくために、該当疾病であること等医師の診断書が必要です。

つきましては、以下のことに留意して指定の診断書用紙にご記入くださいますようお願いいたします。

なお、当該疾病（難病等）が起因となり、各種目ごとの対象者となる要件を満たす場合で、かつ現状・病状から当該用具が必要であると認められる場合に支給するものとしています。

- 診断書には、
- ① 症状欄には、在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾病に関する現在の主要症状及び身体状況等の変動や日内変動等があれば記入してください。また、別表の対象者としての状況に該当するか否かも記載してください。
 - ② 電動車椅子を使用するうえで、考慮が必要な項目に該当する場合はチェック欄にチェックをしてください。
 - ③ 電動車椅子を使用するうえで、記載の（使用者条件）に該当する場合はチェック欄にチェックをしてください。

以上について、ご指示くださいますよう、お願い申し上げます。

別表

種 目	対象者等
電動車椅子	学齢児以上であって、次のいずれかに該当する人 ア 下肢に重度の障がいがあり、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない人 イ 歩行に著しい制限を受ける人又は歩行により症状の悪化をきたす人

補装具判定に関する医学的意見書（視覚障がい）

氏 名							
生年月日		年 月 日 （ 歳）					
障がい名並びに原因となった疾病・外傷名		視力障がい 視野障がい					
		疾病・外傷名					
		※障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める 特殊の疾病に該当（□する・□しない）					
視 力			裸眼	矯 正			
		R		(× S p h D C y l D A x °)			
		L		(× S p h D C y l D A x °)			
必要とする補装具名（○印）		・矯正眼鏡（遠用・近用） ・弱視眼鏡（掛けめがね式・焦点調整式） ・遮光眼鏡（前掛式・掛けめがね式） ・コンタクトレンズ ・義眼（特殊・普通・コンタクト）					
眼 鏡 処 方	遠 用 （常 用）		S p h	C y l	A x	P.D.	
		R	D	D		mm	
		L	D	D			
	近 用 （読書用）		S p h	C y l	A x	P.D	
		R	D	D		mm	
		L	D	D			
備 考		（難病患者等の場合、補装具を必要と認める理由等）					
提出先 年 月 日 区保健福祉センター 所長 医療機関名 所 在 地 医 師 名							

【注】この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いします。

補 装 具 理 由 書（視覚障がい）

氏 名			
生年月日		年 月 日 （ 歳）	
<div>1. 障がいについて</div> <div>(1) どちらの目がみえにくいですか。（右・左・両方）</div> <div>(2) いつ頃からみえにくくなったのですか。 年頃(歳頃)</div> <div>(3) 原因は何ですか。（病気・外傷・その他） ()</div> <div>2. 治療歴について</div> <div>(1) 病 名 ()</div> <div>(2) 手術をしたことがありますか。（ある・ない）</div> <div>(3) 現在も通院していますか。（している・していない） ※通院先 (病院・医院 年 月 から)</div> <div>3. 補装具について</div> <div>(1) 使用している場合</div> <div>①種類 ・眼鏡（矯正・弱視・遮光） ・コンタクトレンズ（ハード・ソフト） ・義眼 （特殊・普通・コンタクト）</div> <div>②購入 ・自費で購入 ・身体障害者福祉法・障害者総合支援法による交付・支給 ・他の制度による交付等（労災・その他)</div> <div>(2) 使用していない場合</div> <div>①（眼鏡・コンタクトレンズ・義眼）を持っているが使用していない。 その理由（破損・症状にあわないなど） ()</div> <div>② 持っていない。</div> <div>4. その他 ()</div>			
記入日	年 月 日	担当者名	区保健福祉センター

補装具判定に関する医学的意見書（視覚障がい）

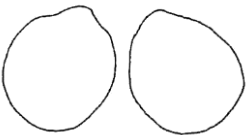
氏 名							
生年月日		年 月 日 （ 歳）					
障がい名並びに 原因となった疾病・外傷名		視力障がい 視野障がい					
		疾病・外傷名					
		※障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める 特殊の疾病に該当（□する・□しない）					
視 力			裸眼	矯 正			
		R		(× S p h D C y l D A x °)			
		L		(× S p h D C y l D A x °)			
必要とする 補装具名 (○印)		・矯正眼鏡（遠用・近用） ・弱視眼鏡（掛けめがね式・焦点調整式） ・遮光眼鏡（前掛式・掛けめがね式） ・コンタクトレンズ ・義眼（特殊・普通・コンタクト）					
眼 鏡 処 方	遠 用 (常 用)		S p h	C y l	A x	P.D.	
		R	D	D		mm	
		L	D	D			
	近 用 (読書用)		S p h	C y l	A x	P.D	
		R	D	D		mm	
		L	D	D			
備 考	(難病患者等の場合、補装具を必要と認める理由等)						
提出先 年 月 日							
区保健福祉センター 所長							
医療機関名 所 在 地 医 師 名							

【注】この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いします。

補 装 具 理 由 書（視覚障がい）

氏 名			
生年月日		年 月 日 （ 歳）	
<div>1. 障がいについて</div> <div>(1) どちらの目がみえにくいですか。（右・左・両方）</div> <div>(2) いつ頃からみえにくくなったのですか。 年頃(歳頃)</div> <div>(3) 原因は何ですか。（病気・外傷・その他）</div> <div>()</div> <div>2. 治療歴について</div> <div>(1) 病 名 ()</div> <div>(2) 手術をしたことがありますか。（ある・ない）</div> <div>(3) 現在も通院していますか。（している・していない）</div> <div>※通院先</div> <div>(病院・医院 年 月 から)</div> <div>3. 補装具について</div> <div>(1) 使用している場合</div> <div>①種類 ・眼鏡（矯正・弱視・遮光） ・コンタクトレンズ（ハード・ソフト） ・義眼 （特殊・普通・コンタクト）</div> <div>②購入 ・自費で購入 ・身体障害者福祉法・障害者総合支援法による交付・支給 ・他の制度による交付等（労災・その他）</div> <div>(2) 使用していない場合</div> <div>①（眼鏡・コンタクトレンズ・義眼）を持っているが使用していない。 その理由（破損・症状にあわないなど）</div> <div>()</div> <div>② 持っていない。</div> <div>4. その他</div> <div>()</div>			
記入日		年 月 日	担当者名
		区保健福祉センター	

補装具判定に関する医学的意見書（聴覚障がい）

氏名・ 生年月日	年 月 日（ 歳）
原傷病名	伝音難聴 感音難聴 混合性難聴
現在の障がい 状況及び原因 となった疾 病・外傷名	鼓膜所見を記載して下さい 

・検査日 年 月 日（必ず記入して下さい）

・聴力（会話音域の平均聴力レベル）

右 dB
左 dB

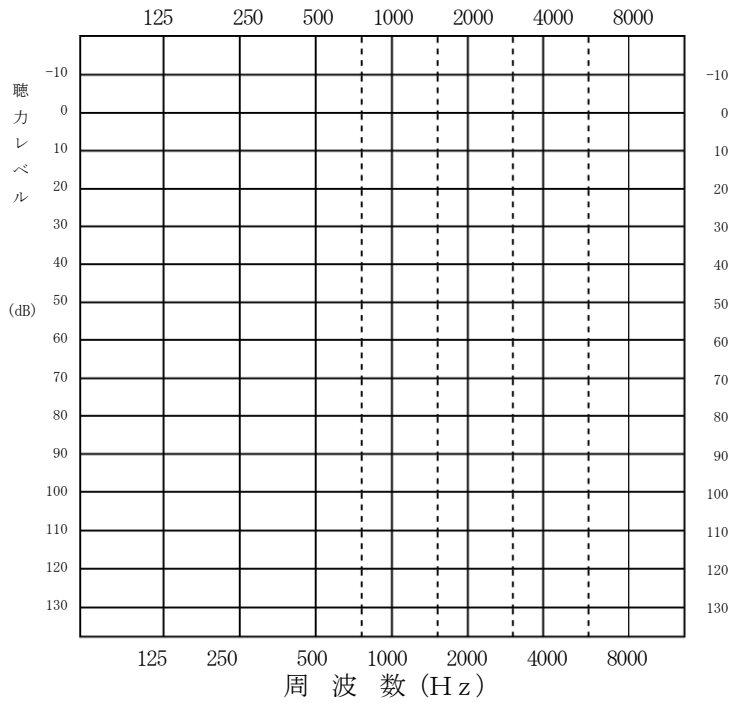
・語音明瞭度

1. 両耳の最高語音明瞭度
右 %（ dB）

左 %（ dB）

2. 40cm離れての会話状態

オーディオグラム（気導・骨導の記号は必ず記入して下さい）



補装具判定に関する医学的意見書（聴覚障がい）の書き方（手引き）

（「補装具判定に関する医学的意見書」を書いていただく先生方へのお願い）

この意見書をもとに、適応する補聴器を当センター医師が判定しますので、詳細に記入して下さい。内容に不明な点があると、再度の提出をお願いしたり、補聴器の判定ができない場合があります。

・原傷病名：いずれかに○をつけて下さい。（左右異なる場合はそれが分かるように記載して下さい）

・現在の障がい状況及び原因となった疾病・外傷名：現在の障がい状況及び原因疾患について詳細に記載して下さい。鼓膜所見についても記載して下さい。

・オーディオグラム：左右の気導・骨導の記号をものないよう記載して下さい。125、250、500、1、000、2、000、4、000、8、000Hz の 7 周波数についての気道聴力閾値は、右耳（○）は実線で結び、左耳（×）は点線で結んで下さい。（スケール・アウトの場合は線で結ばないで下さい）

	右	左
気導	○－○	×…×
骨導	㇏	㇏

・聴力：d B 値は、周波数500、1、000、2、000Hzにおいて測定した値をそれぞれa, b, cとした場合、
（a+2b+c）/4の算式により算定し、a, b, cのうち100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dB
として当該算式を計上し、聴力レベルを算定して下さい。算定結果は小数点第2位を四捨五入し、小
数点第1位までの数値で記載して下さい。また、検査日についても必ず記載して下さい。

・語音明瞭度：語音明瞭度は必要と判断される場合のみ記入して下さい。（ただし、「語音明瞭度 50%以下」
により聴力障がい 4 級の身体障がい者手帳に該当する方の場合には、必ず記入して下さい。）左右とも複
数の d B で検査を行い、最も正答率の高かった d B 値とその割合（%）を記入して下さい。

・補聴器の装用効果について：適応する型式に○をつけて下さい。イヤモールドの必要がある場合は「イヤ
モールド要」にも○をつけて下さい。原則として、聴力障がい 6 級、4 級の方は「高度難聴用補聴器」、
3 級、2 級の方は「重度難聴用補聴器」の適応となります。

※耳あな型補聴器

耳あな型補聴器は、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であると認められ
た場合に交付されます。耳あな型が必要であるのご意見の場合、その理由を「理由記載欄」に詳し
く記載して下さい（職業上の理由の場合は、実際の業務内容を踏まえた必要性について記載して下さ
い）。ただし、判定の結果、耳あな型補聴器の支給が認められない場合もあります。

※両耳装用（2 個支給）

補装具費の支給対象となる補聴器の個数は原則として 1 個ですが、職業上又は教育上の理由等で、
特に必要である場合に限り、2 個（両耳分）の支給が認められます。

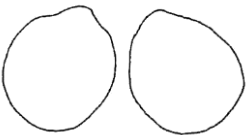
両耳装用が必要であるのご意見の場合、その理由を「理由記載欄」に詳しく記載して下さい（職
業上の理由の場合は、実際の業務内容を踏まえた必要性について記載して下さい）。ただし、判定の
結果、両耳支給が認められない場合もあります。

※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター相談課
（TEL 06－6797－6561）までお願いします

補 聴 器 の 装 用 効 果 に つ い て	適応形式 高度難聴用ポケット型 高度難聴用耳かけ型 重度難聴用ポケット型 重度難聴用耳かけ型 イヤモールド要
	適応形式（特別な理由を要するもの） 両耳装用（耳かけ型の場合も含む） 耳あな型（レディメイド・オーダーメイド） 骨導式（ポケット・眼鏡型） その他（ ） 理由記載欄（詳細にご記入下さい。職業上の理由の場合は、実際の業務内容を踏まえた必要性について記載して下 さい。紙面が足りない場合は、別紙をご使用下さい。）
（提出先）大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター所長 年 月 日	
医療機関名 所 在 地 医 師 名	

【注】この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

補装具判定に関する医学的意見書（聴覚障がい）

氏名・ 生年月日	年 月 日（ 歳）
原傷病名	伝音難聴 感音難聴 混合性難聴
現在の障がい 状況及び原因 となった疾 病・外傷名	鼓膜所見を記載して下さい 

・検査日 年 月 日（必ず記入して下さい）

・聴力（会話音域の平均聴力レベル）

右 dB
左 dB

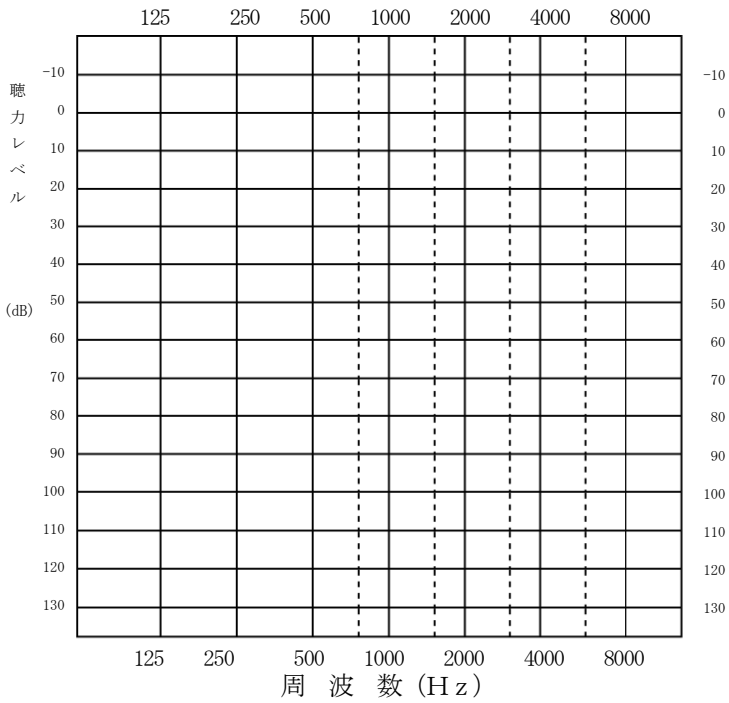
・語音明瞭度

1. 両耳の最高語音明瞭度
右 %（ dB）

左 %（ dB）

2. 40cm離れての会話状態

オーディオグラム（気導・骨導の記号は必ず記入して下さい）



補 聴 器 の 装 用 効 果 に つ い て	適応形式 高度難聴用ポケット型 高度難聴用耳かけ型 重度難聴用ポケット型 重度難聴用耳かけ型 イヤモールド要
	適応形式（特別な理由を要するもの） 両耳装用（耳かけ型の場合も含む） 耳あな型（レディメイド・オーダーメイド） 骨導式（ポケット・眼鏡型） その他（ ） 理由記載欄（詳細にご記入下さい。職業上の理由の場合は、実際の業務内容を踏まえた必要性について記載して下さい。紙面が足りない場合は、別紙をご使用下さい。）
(提出先) 大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター所長 年 月 日	
医療機関名 所 在 地 医 師 名	

補装具判定に関する医学的意見書（聴覚障がい）の書き方（手引き）
（「補装具判定に関する医学的意見書」を書いていただく先生方へのお願い）

この意見書をもとに、適応する補聴器を当センター医師が判定しますので、詳細に記入して下さい。内容に不明な点があると、再度の提出をお願いしたり、補聴器の判定ができない場合があります。

・原傷病名：いずれかに○をつけて下さい。（左右異なる場合はそれが分かるように記載して下さい）

・現在の障がい状況及び原因となった疾病・外傷名：現在の障がい状況及び原因疾患について詳細に記載して下さい。鼓膜所見についても記載して下さい。

・オーディオグラム：左右の気導・骨導の記号をものないよう記載して下さい。125、250、500、1、000、2、000、4、000、8、000Hz の 7 周波数についての気道聴力閾値は、右耳（○）は実線で結び、左耳（×）は点線で結んで下さい。（スケール・アウトの場合は線で結ばないで下さい）

	右	左
気導	○－○	×…×
骨導	㇏	㇏

・聴力：d B 値は、周波数500、1、000、2、000Hzにおいて測定した値をそれぞれa, b, cとした場合、
（a+2b+c）/4の算式により算定し、a, b, cのうち100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dB
として当該算式を計上し、聴力レベルを算定して下さい。算定結果は小数点第2位を四捨五入し、小
数点第1位までの数値で記載して下さい。また、検査日についても必ず記載して下さい。

・語音明瞭度：語音明瞭度は必要と判断される場合のみ記入して下さい。（ただし、「語音明瞭度 50%以下」
により聴力障がい 4 級の身体障がい者手帳に該当する方の場合には、必ず記入して下さい。）左右とも複
数の d B で検査を行い、最も正答率の高かった d B 値とその割合（%）を記入して下さい。

・補聴器の装用効果について：適応する型式に○をつけて下さい。イヤモールドの必要がある場合は「イヤ
モールド要」にも○をつけて下さい。原則として、聴力障がい 6 級、4 級の方は「高度難聴用補聴器」、
3 級、2 級の方は「重度難聴用補聴器」の適応となります。

※耳あな型補聴器

耳あな型補聴器は、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であると認められ
た場合に交付されます。耳あな型が必要であるのご意見の場合、その理由を「理由記載欄」に詳し
く記載して下さい（職業上の理由の場合は、実際の業務内容を踏まえた必要性について記載して下さ
い）。ただし、判定の結果、耳あな型補聴器の支給が認められない場合もあります。

※両耳装用（2 個支給）

補装具費の支給対象となる補聴器の個数は原則として 1 個ですが、職業上又は教育上の理由等で、
特に必要である場合に限り、2 個（両耳分）の支給が認められます。

両耳装用が必要であるのご意見の場合、その理由を「理由記載欄」に詳しく記載して下さい（職
業上の理由の場合は、実際の業務内容を踏まえた必要性について記載して下さい）。ただし、判定の
結果、両耳支給が認められない場合もあります。

※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター相談課
（TEL 06－6797－6561）までお願いします

【注】この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

車椅子交付用診療情報提供書（書類判定意見書）

年 月 日

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター所長 宛

病院所在地：

病 院 名：

診療科名：科 医師名：

（１）所持資格名：ア １５条指定医師（身体障がい者手帳診断書作成資格医師）
（○で囲んで下さい） イ 自立支援医療（更生医療）指定医療機関勤務医師
ウ 義肢装具等適合判定医師研修会受講終了医師
エ 難病医療拠点病院又は難病医療協力病院難病治療医師
オ その他・主治医

ふりがな
氏 名

生年月日：年 月 日
（ 歳）

（２）障がい名（身体障がい者は手帳に記載されている障がい名を記入してください）

身体障がい者手帳等級 級

（３）原因となった疾病・外傷名

発症年月日 年 月 日

※障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病（難病等）に該当（□する □しない）

（４）身長
体重

cm
kg

その他身体状態で留意すべき点

（５）現病歴

（６）障がい・疾患の状態（現在の不自由の程度など。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）

（７）希望車椅子の区分：①レディメイド式（大・中・小） ②モジュラー式 ③オーダーメイド式
（②③は下記（８）に理由要）

（８）モジュラー式やオーダーメイド式の手椅子を必要とする理由（レディメイド式では対応できない理由）

（９）希望車椅子の本体：□自走用 □介助用

（１０）機構加算：□なし □リクライニング □ティルト □ティルト・リクライニング □リフト

（１１）必要とする付属品等
・クッション（ ） ・バックサポート（ ）
・アームサポート（ ） ・レッグサポート（ ）
・ブレーキや駆動輪（ ）
・その他（ ）
必要とする具体的理由（部品ごとにできるだけ詳細に記入してください。）

【注】この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

車椅子交付用診療情報提供書の書き方（手引き）

（「車椅子交付用診療情報提供書」を書いていただく先生方へのお願い）

この診療情報提供書をもとに、患者さんに必要かつ適切な車椅子を、当センターの判定医師が処方しますので、詳細に記入して下さい。

内容に不明な点がある場合は、再度の提出やご本人の来所をお願いしたり、車椅子の処方ができない場合があります。

（１）所持資格名：先生がお持ちの資格をア～エの中から選び○で囲んで下さい。
エの資格の先生は、難病により申請する場合に限ります。

（２）障がい名：身体障がい者は身体障がい者手帳に記載されている障がい名と原因疾患名を記入してください。
障がい名は肢体に関するものは必ず記入して下さい。できればその他の障がい名も記入して下さい。等級は、肢体不自由など上肢・下肢・体幹別に記載されている場合はそのとおり記入して下さい。

（３）原因となった疾病・外傷名：前述の障がい名のうち、車椅子交付に直接関係する障がいの原因疾患名を記入して下さい。難病患者等の場合は「□する」にチェック入れてください。また、難病患者の方は難病の受給者証等を添付してください。発症年月日はわかる範囲内で記入して下さい。

（４）身長・体重・その他身体状態で留意すべき点：身長・体重は必ず記入してください。身長や体重が測定困難な場合は、おおよその数値でも結構です。また、レディメイド式の手椅子には、座幅で大（４２cm）・中（４０cm）・小（３８cm）があります。判らない場合は、直接、座幅から希望のレディメイド式の手椅子の大きさを指定していただいても構いません。

（５）現病歴：発症から現在に至るまでの治療状況を詳しく記入して下さい。また、今後の症状の推移もわかるようであれば記入して下さい。

（６）現在の障がい・疾患の状態：片麻痺、対麻痺、脊髄損傷、下肢筋力低下、下肢切断などの言葉を用いていただいても構いませんが、具体的に「なぜこの方に車椅子が必要なのか」がこの書類を読んだ判定医師にも伝わるように、詳しく記入して下さい。

（７）希望車椅子の区分：レディメイド式とモジュラー式、オーダーメイド式の手椅子から選択してください。

（８）モジュラー式やオーダーメイド式の手椅子を必要とする理由：レディメイド式の手椅子で対応できない方には、モジュラー式の手椅子で対応させていただき、モジュラー式では対応できない方には、オーダーメイド式の手椅子で対応させていただくことになります。モジュラー式を希望される方はレディメイド式の手椅子では対応できない理由、オーダーメイド式を希望される方はモジュラー式でも対応できない理由を具体的に記入して下さい。内容が不十分な場合には、モジュラー式やオーダーメイド式の手椅子が処方できない場合があります。

（９）希望車椅子の本体：自走用（自分で操るタイプ）と介助用（介助者に押してもらうタイプ）を選択してください。

（１０）機構加算：手椅子に加算する機能が必要な場合は選択してください。特に加算するものがない場合は、□なしにチェックを入れてください。

（１１）必要とする付属品等：
具体的に記入してください。特殊なものや必要とする理由が不明である場合は、処方できない場合や来所などをお願いする場合があります。
・クッション：座面のクッションは種類（平面形状型もしくはモールド型）と材料（ウレタン・ゲル・多層立体のいずれか）から選択、背クッションなど
・バックサポート：張り調整、背折れ機構など ・アームサポート：着脱式、跳ね上げ式など
・レッグサポート：着脱式、挙上式、開閉挙上式、開閉・着脱式など
・その他：ブレーキや駆動輪に関する付属品（キャリパーブレーキ、フットブレーキ、スポークカバー、滑り止めハンドリム、衝撃吸収タイプのキャスター、泥よけ）、杖たて、転倒防止装置、酸素ボンベ固定装置、搭載台、点滴ポール、胸ベルト、骨盤ベルトなど

※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター相談課（TEL ０６－６７９７－６５６１）までお願いします

車椅子交付用診療情報提供書（書類判定意見書）

年 月 日

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター所長 宛

病院所在地：

病 院 名：

診療科名：科 医師名：

（１）所持資格名：ア １５条指定医師（身体障がい者手帳診断書作成資格医師）
（○で囲んで下さい） イ 自立支援医療（更生医療）指定医療機関勤務医師
ウ 義肢装具等適合判定医師研修会受講終了医師
エ 難病医療拠点病院又は難病医療協力病院難病治療医師
オ その他・主治医

ふりがな

氏 名

生年月日：年 月 日
（ 歳）

(2)障がい名（身体障がい者は手帳に記載されている障がい名を記入してください）身体障がい者手帳等級 級

(3)原因となった疾病・外傷名
発症年月日 年 月 日

※障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病（難病等）に該当（□する □しない）

(4)身長cm
体重kg

その他身体状態で留意すべき点

(5)現病歴

(6)障がい・疾患の状態（現在の不自由の程度など。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）

(7)希望車椅子の区分：①レディメイド式（大・中・小） ②モジュラー式 ③オーダーメイド式
（②③は下記（8）に理由要）

(8)モジュラー式やオーダーメイド式の車椅子を必要とする理由（レディメイド式では対応できない理由）

(9)希望車椅子の本体：□自走用 □介助用

(10)機構加算：□なし □リクライニング □ティルト □ティルト・リクライニング □リフト

(11)必要とする付属品等
・クッション（ ） ・バックサポート（ ）
・アームサポート（ ） ・レッグサポート（ ）
・ブレーキや駆動輪（ ）
・その他（ ）
必要とする具体的理由（部品ごとにできるだけ詳細に記入してください。）

【注】この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

車椅子交付用診療情報提供書の書き方（手引き）

（「車椅子交付用診療情報提供書」を書いていただく先生方へのお願い）

この診療情報提供書をもとに、患者さんに必要かつ適切な車椅子を、当センターの判定医師が処方しますので、詳細に記入して下さい。

内容に不明な点がある場合は、再度の提出やご本人の来所をお願いしたり、車椅子の処方ができない場合があります。

(1)所持資格名：先生がお持ちの資格をア～エの中から選び○で囲んで下さい。
エの資格の先生は、難病により申請する場合に限ります。

(2)障がい名：身体障がい者は身体障がい者手帳に記載されている障がい名と原因疾患名を記入してください。
障がい名は肢体に関するものは必ず記入して下さい。できればその他の障がい名も記入して下さい。等級は、肢体不自由など上肢・下肢・体幹別に記載されている場合はそのとおり記入して下さい。

(3)原因となった疾病・外傷名：前述の障がい名のうち、車椅子交付に直接関係する障がいの原因疾患名を記入して下さい。難病患者等の場合は「□する」にチェック入れてください。また、難病患者の方は難病の受給者証等を添付してください。発症年月日はわかる範囲内で記入して下さい。

(4)身長・体重・その他身体状態で留意すべき点：身長・体重は必ず記入してください。身長や体重が測定困難な場合は、おおよその数値でも結構です。また、レディメイド式の車椅子には、座幅で大（４２cm）・中（４０cm）・小（３８cm）があります。判らない場合は、直接、座幅から希望のレディメイド式の車椅子の大きさを指定していただいても構いません。

(5)現病歴：発症から現在に至るまでの治療状況を詳しく記入して下さい。また、今後の症状の推移もわかるようであれば記入して下さい。

(6)現在の障がい・疾患の状態：片麻痺、対麻痺、脊髄損傷、下肢筋力低下、下肢切断などの言葉を用いていただいても構いませんが、具体的に「なぜこの方に車椅子が必要なのか」がこの書類を読んだ判定医師にも伝わるように、詳しく記入して下さい。

(7)希望車椅子の区分：レディメイド式とモジュラー式、オーダーメイド式の車椅子から選択してください。

(8)モジュラー式やオーダーメイド式の車椅子を必要とする理由：レディメイド式の車椅子で対応できない方には、モジュラー式の車椅子で対応させていただき、モジュラー式では対応できない方には、オーダーメイド式の車椅子で対応させていただくことになります。モジュラー式を希望される方はレディメイド式の車椅子では対応できない理由、オーダーメイド式を希望される方はモジュラー式でも対応できない理由を具体的に記入して下さい。内容が不十分な場合には、モジュラー式やオーダーメイド式の車椅子が処方できない場合があります。

(9)希望車椅子の本体：自走用（自分で操るタイプ）と介助用（介助者に押してもらうタイプ）を選択してください。

(10)機構加算：車椅子に加算する機能が必要な場合は選択してください。特に加算するものがない場合は、□なしにチェックを入れてください。

(11)必要とする付属品等：
具体的に記入してください。特殊なものや必要とする理由が不明である場合は、処方できない場合や来所などをお願いする場合があります。
・クッション：座面のクッションは種類（平面形状型もしくはモールド型）と材料（ウレタン・ゲル・多層立体のいずれか）から選択、背クッションなど
・バックサポート：張り調整、背折れ機構など ・アームサポート：着脱式、跳ね上げ式など
・レッグサポート：着脱式、挙上式、開閉挙上式、開閉・着脱式など
・その他：ブレーキや駆動輪に関する付属品（キャリパーブレーキ、フットブレーキ、スポークカバー、滑り止めハンドリム、衝撃吸収タイプのキャスト、泥よけ）、杖たて、転倒防止装置、酸素ボンベ固定装置、搭載台、点滴ポール、胸ベルト、骨盤ベルトなど

※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター相談課（TEL ０６－６７９７－６５６１）までお願いします

補 装 具 理 由 書（肢体不自由）

氏 名			
生年月日	年 月 日（ 歳）		
必要とする 補装具	車椅子 <input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用 <input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
障がい歴・現症 原因疾病・外傷名 （ ） 発症日 年 月 日 入院歴 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 現在の治療 （ なし ・ 病院 科 入院中 ・ 通院中 ） 現在の状態 （ 寝たきり ・ かなり介助必要 ・ やや介助必要 ・ 自立 ） その他			
介護者について 無 有 （氏名 続柄 、年齢 歳 ）			
補装具の有無及び装着状況 1．持っている 補装具の種別 （ ） 破損の状況 （ ） 装着状況 （ 1日中 、 1日に 時間、 使用していない ） 現補装具と今回希望する補装具との関連 （ ） 2．持っていない			
補装具の装用についての意見			
記入日	年 月 日	担当者名	区保健福祉センター

補 装 具 理 由 書（肢体不自由）

氏 名			
生年月日	年 月 日（ 歳）		
必要とする 補装具	車椅子 <input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用 <input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
障がい歴・現症 原因疾病・外傷名 （ ） 発症日 年 月 日 入院歴 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 現在の治療 （ なし ・ 病院 科 入院中 ・ 通院中 ） 現在の状態 （ 寝たきり ・ かなり介助必要 ・ やや介助必要 ・ 自立 ） その他			
介護者について 無 有 （氏名 続柄 、年齢 歳 ）			
補装具の有無及び装着状況 1．持っている 補装具の種別 （ ） 破損の状況 （ ） 装着状況 （ 1日中 、 1日に 時間、 使用していない ） 現補装具と今回希望する補装具との関連 （ ） 2．持っていない			
補装具の装用についての意見			
記入日	年 月 日	担当者名	区保健福祉センター

重度障がい者用意思伝達装置医学的意見書

ふりがな 氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）
(1) 原疾患名・難病名			
(2) 障がい名	両 上 肢<全廃・その他（ ）> 両 下 肢<全廃・その他（ ）> 体 幹<1 級・その他（ ）> 脳 原 性<上肢（1 級・その他 ）・移動（1 級・その他 ）> 音声言語<喪失・その他（ ）> 《太文字は厚生労働省が意思伝達装置の対象として定める障がい名です》		
(3) 意思伝達能力	<input type="checkbox"/> 重度障がい者用意思伝達装置でのみ意思の伝達が可能 <input type="checkbox"/> 急速な病気の進行により重度障がい者意思伝達装置でのみ 意思の伝達が可能となる <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(4) 病状の経過や現在の状況・今後の症状の推移等			
(5) 必要である と考える 入力方式	<input type="checkbox"/> 接点方式（ボタン・スイッチなど）		
	<理由>		
	<input type="checkbox"/> 視線入力方式		
	<理由>		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<理由>		
(6) 借受け		<input type="checkbox"/> 適当（適当な場合の理由： <input type="checkbox"/> ①成長 <input type="checkbox"/> ②進行 <input type="checkbox"/> ③比較）	

医療機関 所 在 地
医療機関名
診療担当科
科 医師名

年 月 日

重度障がい者用意思伝達装置医学的意見書の書き方（手引き）

(意見書を書いていただく先生方へのお願い)

この意見書をもとに、重度障がい者用意思伝達装置（以下装置と略す）の可否を当センターの判定医師が判断しますので、詳細に記載してください。内容に不明な点がある場合は、再度の意見書の提出をお願いしたり、装置自体の支給ができない場合があります。

装置は、身体障がい者手帳を用いて支給する場合と難病の制度を用いて支給場合があります。

この装置でのみ意思の伝達が可能もしくは、急速な病気の進行等によりこの装置でのみ意思の伝達が可能ということが装置を支給するための条件になります。難病であれば必ず装置が支給されるというものではありませんので、現在のご不自由な状況を左の意見書に詳しく記載してください。

(1) 原疾患名・難病名：身体障がい者手帳で装置を申請される方は障がいの原因となった疾患名を、難病で申請される場合は難病名を記載してください。なお、難病の制度を用いて支給する場合、難病の受給者証等の添付が必要です。

(2) 障がい名：身体障がい者手帳をお持ちの場合、身体障がい者手帳に記載されている障がい名を記載してください。

なお、身体障がい者手帳の場合、「上肢全廃、下肢全廃、音声言語機能喪失」の認定が必要になります。その他の状況でも、詳細に現在の障がいの状況等を詳細に記載していただくことで、装置を支給することができますので、現在のご不自由な状況を詳しくお書きください。

(3) 意思伝達能力：意思の伝達はどの方法で可能になるか、該当するものにチェックを記入してください。意思伝達能力は例として記載のものが基準になりますが、その他の場合も支給の対象になることがありますので、具体的にお書きください。

(4) 病状の経過や現在の状況・今後の症状の推移等：現在の身体の状態を詳しく記入して下さい。また、今後の症状の推移もわかるようであれば記入して下さい。

(5) 入力方式：必要であると考える入力方法を接点方式・視線入力方式・その他（帯電式、筋電式、光電式呼吸（吸気）式、圧電素子式、空気圧式など）から選び、その理由も添えてお書きください。必要な理由などがわからない場合は、希望する入力方法が認められないことや再度の書類の提出を求める場合がありますので、詳細に記入してください。ご不自由さが不明な場合は、装置自体が支給できないこともあります。

また、視線入力方式やその他を希望される場合には、どうして他の接点入力方式などが使用できないかなど、視線入力方式でない并使用できない理由がよくわかるように記載してください。

(6) 借受け：借受けが適当である場合とは以下の①から③です。借受けが適当である場合のみ、この欄を使用して、その理由を①から③より選んでください。

① 身体の成長に伴い、補装具の短期間での交換が必要である場合

② 障がいの進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合

③ 補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である場合

(7) この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター相談課
(TEL 06-6797-6561) までお願いします

重度障がい者用意思伝達装置医学的意見書

ふりがな 氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）
(1) 原疾患名・難病名			
(2) 障がい名	両 上 肢<全廃・その他（ ）> 両 下 肢<全廃・その他（ ）> 体 幹<1 級・その他（ ）> 脳 原 性<上肢（1 級・その他 ）・移動（1 級・その他 ）> 音声言語<喪失・その他（ ）> 《太文字は厚生労働省が意思伝達装置の対象として定める障がい名です》		
(3) 意思伝達能力	<input type="checkbox"/> 重度障がい者用意思伝達装置でのみ意思の伝達が可能 <input type="checkbox"/> 急速な病気の進行により重度障がい者意思伝達装置でのみ 意思の伝達が可能となる <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(4) 病状の経過や現在の状況・今後の症状の推移等			
(5) 必要である と考える 入力方式	<input type="checkbox"/> 接点方式（ボタン・スイッチなど）		
	<理由>		
	<input type="checkbox"/> 視線入力方式		
	<理由>		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<理由>		
(6) 借受け	<input type="checkbox"/> 適当（適当な場合の理由： <input type="checkbox"/> ①成長 <input type="checkbox"/> ②進行 <input type="checkbox"/> ③比較）		

医療機関 所 在 地
医療機関名
診療担当科
科 医師名

年 月 日

重度障がい者用意思伝達装置医学的意見書の書き方（手引き）

（意見書を書いていただく先生方へのお願い）

この意見書をもとに、重度障がい者用意思伝達装置（以下装置と略す）の可否を当センターの判定医師が判断しますので、詳細に記載してください。内容に不明な点がある場合は、再度の意見書の提出をお願いしたり、装置自体の支給ができない場合があります。

装置は、身体障がい者手帳を用いて支給する場合と難病の制度を用いて支給場合があります。

この装置でのみ意思の伝達が可能もしくは、急速な病気の進行等によりこの装置でのみ意思の伝達が可能ということが装置を支給するための条件になります。難病であれば必ず装置が支給されるというものではありませんので、現在のご不自由な状況を左の意見書に詳しく記載してください。

(1) 原疾患名・難病名：身体障がい者手帳で装置を申請される方は障がいの原因となった疾患名を、難病で申請される場合は難病名を記載してください。なお、難病の制度を用いて支給する場合、難病の受給者証等の添付が必要です。

(2) 障がい名：身体障がい者手帳をお持ちの場合、身体障がい者手帳に記載されている障がい名を記載してください。

なお、身体障がい者手帳の場合、「上肢全廃、下肢全廃、音声言語機能喪失」の認定が必要になります。その他の状況でも、詳細に現在の障がいの状況等を詳細に記載していただくことで、装置を支給することができますので、現在のご不自由な状況を詳しくお書きください。

(3) 意思伝達能力：意思の伝達はどの方法で可能になるか、該当するものにチェックを記入してください。意思伝達能力は例として記載のものが基準になりますが、その他の場合も支給の対象になることがありますので、具体的にお書きください。

(4) 病状の経過や現在の状況・今後の症状の推移等：現在の身体の状態を詳しく記入して下さい。また、今後の症状の推移もわかるようであれば記入して下さい。

(5) 入力方式：必要であると考える入力方法を接点方式・視線入力方式・その他（帯電式、筋電式、光電式呼吸（吸気）式、圧電素子式、空気圧式など）から選び、その理由も添えてお書きください。必要な理由などがわからない場合は、希望する入力方法が認められないことや再度の書類の提出を求める場合がありますので、詳細に記入してください。ご不自由さが不明な場合は、装置自体が支給できないこともあります。

また、視線入力方式やその他を希望される場合には、どうして他の接点入力方式などが使用できないかなど、視線入力方式でない并使用できない理由がよくわかるように記載してください。

(6) 借受け：借受けが適当である場合とは以下の①から③です。借受けが適当である場合のみ、この欄を使用して、その理由を①から③より選んでください。

① 身体の成長に伴い、補装具の短期間での交換が必要である場合

② 障がいの進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合

③ 補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である場合

(7) この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター相談課（TEL 06-6797-6561）までお願いします

同意書

補装具費の支給にかかる利用者負担上限月額の算出のために、私及び次の世帯員の課税状況等について、保健福祉センター所長が個人番号を用いて課税台帳等の関係公簿を照会かつ閲覧することに同意します。
以上の内容については、次の世帯員全員の承諾を得ています。

- ① 住民票上の世帯に属する世帯員について下の欄に記入してください。
ただし対象者が18歳以上の場合は、本人及び配偶者のみ下の欄に記入してください。
- ② ①以外にも住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方が
いれば記入してください。

フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	年齢	住 所 (申請者と異なる場合に記入してください)											
		・	・	個人 番号											
		・	・	個人 番号											
		・	・	個人 番号											
		・	・	個人 番号											
		・	・	個人 番号											

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長 様

住 所 _____

氏 名 _____

市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日の属する前年（1月から6月は前々年）の12月31日現在の年齢が 16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数	人
--	---

同意書

補装具費の支給にかかる利用者負担上限月額算出のために、私及び次の世帯員の課税状況等について、保健福祉センター所長が個人番号を用いて課税台帳等の関係公簿を照会かつ閲覧することに同意します。
以上の内容については、次の世帯員全員の承諾を得ています。

- ① 住民票上の世帯に属する世帯員について下の欄に記入してください。
ただし対象者が18歳以上の場合は、本人及び配偶者のみ下の欄に記入してください。
- ② ①以外にも住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方が
いれば記入してください。

フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	年齢	住 所 (申請者と異なる場合に記入してください)											
		・	・	個人 番号											
		・	・	個人 番号											
		・	・	個人 番号											
		・	・	個人 番号											
		・	・	個人 番号											

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長 様

住 所 _____

氏 名 _____

市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日の属する前年（1月から6月は前々年）の12月31日現在の年齢が 16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数	人
--	---

世帯状況・収入等申告書 (補装具費支給申請用)

年 月 日

(提出先)

大阪市 区保健福祉センター所長 様

次のとおり申告します

1、世帯の状況等について

	氏 名	生年 月 日	本人 との 関係	世帯の特例を受ける場合、以下について記入		
				市民税の状況		医療保険の状況
				課税・ 非課税	課税の場合、税法 上、障がい者の扶 養控除の適用の有 無	健康保険において、障 がい者を被扶養者として いる
本 人						
世帯主						
世帯員						

2、障がい者本人の収入の状況について

収入の種類	収入額
	円
合 計	円

※収入のうち証明書のあるものは、この申請書に添付してください。

世帯状況・収入等申告書 (補装具費支給申請用)

年 月 日

(提出先)

大阪市 区保健福祉センター所長 様

次のとおり申告します

1、世帯の状況等について

	氏 名	生年 月 日	本人 との 関係	世帯の特例を受ける場合、以下について記入		
				市民税の状況		医療保険の状況
				課税・ 非課税	課税の場合、税法 上、障がい者の扶 養控除の適用の有 無	健康保険において、障 がい者を被扶養者として いる
本 人						
世帯主						
世帯員						

2、障がい者本人の収入の状況について

収入の種類		収入額
		円
合 計		円

※収入のうち証明書のあるものは、この申請書に添付してください。

利用者負担額減額・免除申請書（補装具費支給申請用）

年 月 日

(提出先)
大阪市 区保健福祉センター所長

次のとおり利用者負担額の減額（又は免除）を申請します。

申請者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏 名														
	住 所	(〒 -)													
	個人番号														
児童	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏 名														
		続 柄													
	個人番号														
申請する 上限月額の 区分	負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 1 生活保護世帯 (0円) 2 市民税非課税世帯 (0円)														

※ 本人(障がい児の場合は保護者)が提出する場合、記入不要。

提出者	住 所	(〒 -)										電話 () -		
	フリガナ													
	氏 名											申請者との続柄		

利用者負担額減額・免除申請書（補装具費支給申請用）

年 月 日

(提出先)
大阪市 区保健福祉センター所長

次のとおり利用者負担額の減額（又は免除）を申請します。

申請者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏 名														
	住 所	(〒 -)										電話 () -			
	個人番号														
児童	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏 名														
	個人番号														
	申請する 上限月額の 利用者の 負担区分	負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。													
1 生活保護世帯 (0円) 2 市民税非課税世帯 (0円)															

※ 本人(障がい児の場合は保護者)が提出する場合、記入不要。

提出者	住 所	(〒 -)										電話 () -		
	フリガナ													
	氏 名											申請者との続柄		

保福第 号
年 月 日

住所
大阪市 区保健福祉センター
保健福祉課（ ）
電話
FAX

種 目

(様式第 6 号の 1)

保福第 号
年 月 日

心身障がい者リハビリテーションセンター 所長 様

大阪市 区保健福祉センター所長

住所
大阪市 区保健福祉センター
保健福祉課（ ）
電話
FAX

判定依頼書（補装具）

次の者に対する補装具費の支給の要否について判定を依頼します。

記

- 1 対 象 者 氏 名
対 象 者 生 年 月 日
対 象 者 住 所
- 2 身 体 障 が い 者 手 帳 番 号
判 定 予 定 日 時
- 3 障 が い 等 級
交 付 年 月 日
事 業
種 目

(様式第 6 号の 2)

保福第 号
年 月 日

心身障がい者リハビリテーションセンター所長 様

大阪市 区保健福祉センター所長

住所
大阪市 区保健福祉センター
保健福祉課 ()
電話
FAX

判定依頼書（補装具貸与）

次の者に対する補装具費の支給の要否について判定を依頼します。

記

- 1 対 象 者 氏 名
対象者生年月日
対 象 者 住 所
- 2 身体障がい者手帳番号
判 定 予 定 日 時
- 3 障 が い 等 級
交 付 年 月 日
事 業
種 目
- 4 その他

(様式第 6 号の 2)

保福第 号
年 月 日

心身障がい者リハビリテーションセンター所長 様

大阪市 区保健福祉センター所長

住所
大阪市 区保健福祉センター
保健福祉課 ()
電話
FAX

判定依頼書（補装具貸与）

次の者に対する補装具費の支給の要否について判定を依頼します。

記

- 1 対 象 者 氏 名
対象者生年月日
対 象 者 住 所
- 2 身体障がい者手帳番号
判 定 予 定 日 時
- 3 障 が い 等 級
交 付 年 月 日
事 業
種 目
- 4 その他

殻構造 義手処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏名			歳					ケース番号	—			
医 学 的 所 見			(右・左・両) (断端長 cm)									
基本価格	名称		肩甲胸郭間用	肩	上腕	肘	前腕	手	手部・手指 (多指切断)	手指 (1指切断)	概算額	
	採 型 区 分		A-1		A-2	A-3	A-4	A-5	A-6	A-7	ダイレクトソケットシステムを使用する場合は基本価格の40%となる	
	能 動 式		65,900	50,900	47,800	43,000	37,800	37,200	18,900	14,600		
	電 動 式		105,800	90,800	84,000	75,900	66,900	65,400	33,400	—		
	その他(装飾用・作業用)		53,200	38,200	40,700	37,100	36,000	32,600	12,400	9,950		
			仮合せ専用のチェックソケット(シリコーン使用)を用いる場合 50,600加算									
	吸着式(A-2、A-3)は 29,600円増 顆上懸垂式(A-4)は 14,800円増 スプリットソケット(A-4)は 22,200円増											
製作要素	ソケット	皮 革		10,100		13,300	14,300	13,100	9,900	9,650	4,300	
		熱硬化性樹脂		22,600		15,500	15,500	15,200	14,400	11,700	4,350	
		熱可塑性樹脂		5,750		7,500	5,300	5,200	7,500	7,350	3,750	
				電動式(A-1、2、3、4、5、6)は 520円増								
	ソフト インサート	皮 革		4,950		4,350	4,350	4,250	4,250	—	—	
		軟性発泡樹脂		5,050		4,900	4,900	4,900	4,900	—	—	
		皮革・軟性発泡樹脂		8,550		8,150	8,150	7,900	7,900	—	—	
	ハーネス	胸郭バンド式ハーネスー式		23,800		23,500	23,500	20,200	20,200	20,200	—	
		肩たすきー式		11,900		11,900	11,900	—	—	—	—	
		8字ハーネス		—		10,800	10,800	8,750	8,750	8,750	—	
		9字ハーネス		—		—	—	5,650	5,650	5,650	—	
		たわみ式肘継手(一組)		—		—	—	2,750	2,750	2,750	—	
		Yストラップ		—		—	—	2,750	2,750	2,750	—	
		上腕カフ		—		—	—	5,700	5,700	5,700	—	
	断端袋			—		3,350	3,350	3,550	3,550	—	—	
	支持部	能動式	肩部	9,500 (修正を要する場合は、9,900円増)								
			上腕部	熱硬化性樹脂 26,400		熱可塑性樹脂 8,500						
			前腕部	21,700								
		電動式	肩部	11,500 (修正を要する場合は、9,900円増)								
			上腕部	32,500								
			前腕部	26,700								
			手部	26,700								
		その他 (装飾用 作業用)	肩部	9,500								
			上腕部	熱硬化性樹脂 26,400		熱可塑性樹脂 8,500						
			前腕部	熱硬化性樹脂 21,700		熱可塑性樹脂 10,700						
外装		肩 部		皮革 6,200		プラスチック 17,100		塗装 2,200				
		上 腕 部		皮革 6,400		プラスチック 16,600		塗装 1,950				
	前 腕 部		皮革 6,200		プラスチック 13,000		塗装 2,050					
特記事項	※手義手で「芯入」が必要な際は、手先具から「芯入」と明記されているものを選択してください。						<div></div>	芯入 600×	芯入 600×			
							面ファスナー 1,800×	面ファスナー 1,800×	面ファスナー 1,800×			
合 計			(完成用部品を除く概算額)						円			
処方年月日	令和 年 月 日				処方変更	申請日 月 日		業者へ連絡 月 日				
担 当	Dr. CW					結果(可・否) 月 日		区へ連絡 月 日				

殻構造 義手処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏名			歳					ケース番号	—			
医 学 的 所 見			(右・左・両) (断端長 cm)									
基本価格	名 称		肩甲胸郭間用	肩	上腕	肘	前腕	手	手部・手指 (多指切断)	手指 (1指切断)	概算額	
	採 型 区 分		A-1		A-2	A-3	A-4	A-5	A-6	A-7	ダイレクトソケットシステムを使用する場合は基本価格の40%となる	
	能 動 式		65,900	50,900	47,800	43,000	37,800	37,200	18,900	14,600		
	電 動 式		105,800	90,800	84,000	75,900	66,900	65,400	33,400	—		
	その他(装飾用・作業用)		53,200	38,200	40,700	37,100	36,000	32,600	12,400	9,950		
			仮合せ専用のチェックソケット(シリコーン使用)を用いる場合 50,600加算									
	吸着式(A-2、A-3)は 29,600円増 顆上懸垂式(A-4)は 14,800円増 スプリットソケット(A-4)は 22,200円増											
製 作 要 素	ソケット	皮 革		10,100		13,300	14,300	13,100	9,900	9,650	4,300	
		熱硬化性樹脂		22,600		15,500	15,500	15,200	14,400	11,700	4,350	
		熱可塑性樹脂		5,750		7,500	5,300	5,200	7,500	7,350	3,750	
				電動式(A-1、2、3、4、5、6)は 520円増								
	ソフト インサート	皮 革		4,950		4,350	4,350	4,250	4,250	—	—	
		軟性発泡樹脂		5,050		4,900	4,900	4,900	4,900	—	—	
		皮革・軟性発泡樹脂		8,550		8,150	8,150	7,900	7,900	—	—	
	ハーネス	胸郭バンド式ハーネスー式		23,800		23,500	23,500	20,200	20,200	20,200	—	
		肩たすきー式		11,900		11,900	11,900	—	—	—	—	
		8字ハーネス		—		10,800	10,800	8,750	8,750	8,750	—	
		9字ハーネス		—		—	—	5,650	5,650	5,650	—	
		たわみ式肘継手(一組)		—		—	—	2,750	2,750	2,750	—	
		Yストラップ		—		—	—	2,750	2,750	2,750	—	
		上腕カフ		—		—	—	5,700	5,700	5,700	—	
	断端袋			—		3,350	3,350	3,550	3,550	—	—	
	支持部	能動式	肩部	9,500 (修正を要する場合は、9,900円増)								
			上腕部	熱硬化性樹脂 26,400				熱可塑性樹脂 8,500				
			前腕部	21,700								
		電動式	肩部	11,500 (修正を要する場合は、9,900円増)								
			上腕部	32,500								
			前腕部	26,700								
			手部	26,700								
		その他 (装飾用 作業用)	肩部	9,500								
			上腕部	熱硬化性樹脂 26,400				熱可塑性樹脂 8,500				
			前腕部	熱硬化性樹脂 21,700				熱可塑性樹脂 10,700				
外装		肩 部		皮革 6,200 プラスチック 17,100 塗装 2,200								
		上 腕 部		皮革 6,400 プラスチック 16,600 塗装 1,950								
	前 腕 部		皮革 6,200 プラスチック 13,000 塗装 2,050									
特記事項	※手義手で「芯入」が必要な際は、手先具から「芯入」と明記されているものを選択してください。							芯入 600×	芯入 600×			
							面ファスナー 1,800×	面ファスナー 1,800×	面ファスナー 1,800×			
合 計			(完成用部品を除く概算額)						円			
処方年月日	令和 年 月 日				処方変更	申請日 月 日		業者へ連絡 月 日				
担 当	Dr. CW					結果(可・否) 月 日		区へ連絡 月 日				

殼構造 義足処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名		歳					ケース番号	—		
医学的所見		(右・左・両) (断端長 cm)								
基本価格	名 称	股	大腿	膝	下腿	サイム	足根中足	足趾	概算額	
	採型区分	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	B-6	B-7	ダイレクトソケットシステムを使用する場合は基本価格の40%となる	
	型 式	236,700	差込式 76,300	差込式 74,400	差込式 60,800	差込式 49,400	足袋式 25,900	19,800		
		片側骨盤切断用 20,100増	ライナー式 126,500	ライナー式 97,500	PTB式 86,500	有窓式 74,400	下腿部支持式 74,400			
			吸着式 175,600	吸着式 146,600	PTS式 103,700					
			短断端切断用 56,800増	大腿支柱付き 27,200増	KBM式 106,700					
			坐骨収納型 53,200増		TSB式 86,500					
					大腿支柱付き 27,200増					
		仮合せ専用のチェックソケット（シリコーン使用）を用いる場合 50,600加算								
製作要素	ソケット	木 製	—	54,500	—	—	—	—	—	二重式ソケットは、内ソケットの使用材料の価格を加算(大腿・膝・下腿)のみ
		アルミニウム	—	21,300	27,500	19,300	19,600	—	—	
		セルロイド	—	21,300	27,500	19,300	19,600	11,500	—	
		皮 革	—	21,300	27,500	19,300	19,600	11,500	10,100	
		熱硬化性樹脂	40,000	31,100	46,000	28,100	26,700	24,600	22,400	
		熱可塑性樹脂	16,800	18,300	20,800	14,700	11,600	11,400	10,800	
		エアクッション	—	17,200	17,200	15,600	14,300	13,500	—	
		カーボンストッキネット	—	18,900	18,600	7,350	10,200	6,250	—	
	下腿部支持式	—	—	—	—	—	2,100	—		
	ソフトインサート	皮 革	7,400	5,700	6,400	4,700	4,950	3,150	2,400	
		軟性発泡樹脂	5,600	5,200	5,350	5,000	8,000	3,550	2,850	
		皮革・発泡	11,200	7,400	10,200	7,600	8,700	6,300	4,900	
		皮革・フェルト	—	10,200	11,300	8,800	—	—	—	
		シリコーン	—	46,500	50,100	40,000	—	—	—	
		下腿部支持式	—	—	—	—	—	4,450	—	
	支持部	股 部	11,600(修正を要する場合は 11,700円増)							
		大 腿 部	木製 34,500 アルミニウム 34,500 セルロイド 34,500 熱硬化性樹脂 36,100【膝を含む】							
		下 腿 部	木製 30,100 アルミニウム 30,100 セルロイド 30,100 熱硬化性樹脂 35,500【サイム・足根中足(下腿部支持式)を含む】							
		足 部	軟性発泡樹脂 16,100【サイム・足根中足・足趾義足のみ適用】							
		股 義 足	懸垂帯一式 17,000							
大腿・膝義足		シレジアバンドー式 8,250 肩吊り帯 7,100 腰バンド 9,800 横吊帯 1,850 股吊带一式 4,700								
下腿・サイム		腰バンド 9,800 横吊帯 2,500 大腿コルセット 12,800 PTBカフベルト 9,750								
断 端 袋		—	5,600	5,600	5,900	5,900	—	—		
外装	股 部	皮革 11,400 プラスチック 18,800 塗装 3,650								
	大 腿 部	皮革 9,350 プラスチック 16,800 塗装 3,250								
	下 腿 部	皮革 8,500 プラスチック 14,600 塗装 2,900								
	足 部	表革 5,700 裏革 3,900 塗装 3,750 リアルソックス 1,150								
特記事項		股継手：固定、遊動、空油圧制御、その他 膝継手：単軸(前止め固定、横引き固定、ヒンジ遊動、ブロック遊動)、空油圧制御、安全膝、多軸、その他 足継手：単軸、多軸、固定、SACH、ドリンガー足、空油圧制御、その他								
合 計		(完成用部品を除く概算額)						円		
処方年月日		令和 年 月 日			処方変更	申請日 月 日		業者へ連絡 月 日		
担 当		Dr. CW				結果(可・否) 月 日		区へ連絡 月 日		

殼構造 義足処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名		歳					ケース番号	—		
医学的所見		(右・左・両) (断端長 cm)								
基本価格	名 称	股	大腿	膝	下腿	サイム	足根中足	足趾	概算額	
	採型区分	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	B-6	B-7	ダイレクトソケットシステムを使用する場合は基本価格の40%となる	
	型 式	236,700	差込式 76,300	差込式 74,400	差込式 60,800	差込式 49,400	足袋式 25,900	19,800		
		片側骨盤切断用 20,100増	ライナー式 126,500	ライナー式 97,500	PTB式 86,500	有窓式 74,400	下腿部支持式 74,400			
			吸着式 175,600	吸着式 146,600	PTS式 103,700					
			短断端切断用 56,800増	大腿支柱付き 27,200増	KBM式 106,700					
			坐骨収納型 53,200増		TSB式 86,500					
					大腿支柱付き 27,200増					
		仮合せ専用のチェックソケット（シリコン使用）を用いる場合 50,600加算								
製作要素	ソケット	木 製	—	54,500	—	—	—	—	—	二重式ソケットは、内ソケットの使用材料の価格を加算(大腿・膝・下腿)のみ
		アルミニウム	—	21,300	27,500	19,300	19,600	—	—	
		セルロイド	—	21,300	27,500	19,300	19,600	11,500	—	
		皮 革	—	21,300	27,500	19,300	19,600	11,500	10,100	
		熱硬化性樹脂	40,000	31,100	46,000	28,100	26,700	24,600	22,400	
		熱可塑性樹脂	16,800	18,300	20,800	14,700	11,600	11,400	10,800	
		エアクッション	—	17,200	17,200	15,600	14,300	13,500	—	
		カーボンストッキネット	—	18,900	18,600	7,350	10,200	6,250	—	
	下腿部支持式	—	—	—	—	—	2,100	—		
	ソフトインサート	皮 革	7,400	5,700	6,400	4,700	4,950	3,150	2,400	
		軟性発泡樹脂	5,600	5,200	5,350	5,000	8,000	3,550	2,850	
		皮革・発泡	11,200	7,400	10,200	7,600	8,700	6,300	4,900	
		皮革・フェルト	—	10,200	11,300	8,800	—	—	—	
		シリコン	—	46,500	50,100	40,000	—	—	—	
		下腿部支持式	—	—	—	—	—	4,450	—	
	支持部	股 部	11,600(修正を要する場合は 11,700円増)							
		大 腿 部	木製 34,500 アルミニウム 34,500 セルロイド 34,500 熱硬化性樹脂 36,100【膝を含む】							
		下 腿 部	木製 30,100 アルミニウム 30,100 セルロイド 30,100 熱硬化性樹脂 35,500【サイム・足根中足(下腿部支持式)を含む】							
		足 部	軟性発泡樹脂 16,100【サイム・足根中足・足趾義足のみ適用】							
	懸垂用部品	股 義 足	懸垂帯一式 17,000							
大腿・膝義足		シレジアバンドー式 8,250 肩吊り帯 7,100 腰バンド 9,800 横吊帯 1,850 股吊带一式 4,700								
下腿・サイム		腰バンド 9,800 横吊帯 2,500 大腿コルセット 12,800 PTBカフベルト 9,750								
	断 端 袋	—	5,600	5,600	5,900	5,900	—	—		
外装	股 部	皮革 11,400 プラスチック 18,800 塗装 3,650								
	大 腿 部	皮革 9,350 プラスチック 16,800 塗装 3,250								
	下 腿 部	皮革 8,500 プラスチック 14,600 塗装 2,900								
	足 部	表革 5,700 裏革 3,900 塗装 3,750 リアルソックス 1,150								
特記事項		股継手：固定、遊動、空油圧制御、その他 膝継手：単軸(前止め固定、横引き固定、ヒンジ遊動、ブロック遊動)、空油圧制御、安全膝、多軸、その他 足継手：単軸、多軸、固定、SACH、ドリンガー足、空油圧制御、その他								
合 計		(完成用部品を除く概算額)						円		
処方年月日		令和 年 月 日			処方変更	申請日 月 日		業者へ連絡 月 日		
担 当		Dr. CW				結果(可・否) 月 日		区へ連絡 月 日		

骨格構造 義肢処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名		歳						ケース番号		—		
医学的所見		(右・左・両) (断端長 cm)										
基 本 価 格	名 称	肩	上腕	肘	前腕	股	大腿	膝	下腿	サイム	概算額	
	採型区分	A-1	A-2	A-3	A-4	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	ダイレクトソケットシステムを使用する場合は基本価格の40%となる	
	型 式	能動式 50,900	能動式 47,800	能動式 43,000	能動式 37,800	236,700	差込式 76,300	差込式 74,400	差込式 60,800	差込式 49,400		
		その他 (装飾用・作業用) 38,200	その他 (装飾用・作業用) 40,700	その他 (装飾用・作業用) 37,100	その他 (装飾用・作業用) 36,000	片側骨盤切断用 20,100増	ライナー式 126,500	ライナー式 97,500	PTB式 86,500	有窓式 74,400		
		肩甲胸郭間切断用 15,000増	吸着式 29,600増	吸着式 29,600増	顆上懸垂式 14,800増	短断端切断用 56,800増	吸着式 175,600	吸着式 146,600	PTS式 103,700	KBM式 106,700		
				スプリットソケット 22,200増	坐骨収納型 53,200増		TSB式 86,500	大腿支柱付き 27,200増				
仮合せ専用のチェックソケット(シリコーン使用)を用いる場合 50,600加算												
製 作 要 素	ソ ケ ット	木 製	—	—	—	—	—	54,500	—	—	二重式ソケットは、内ソケットの使用材料の価格を加算(大腿・膝・下腿)のみ	
		アルミニウム・セルロイド	10,100	13,300	13,100	13,100	—	21,300	27,500	19,300		19,600
		皮 革	10,100	13,300	13,100	13,100	—	21,300	27,500	19,300		19,600
		熱硬化性樹脂	22,600	15,500	15,200	15,200	40,000	31,100	46,000	28,100		26,700
		熱可塑性樹脂	5,750	7,500	5,200	5,200	16,800	18,300	20,800	14,700		11,600
		エアクッション	—	—	—	—	—	17,200	17,200	15,600		14,300
		カーボンストッキネット	—	—	—	—	—	18,900	18,600	7,350		10,200
	ソ フ ト イ ン サ ー ト	皮 革	4,950	4,350	4,350	4,250	7,400	5,700	6,400	4,700	4,950	
		軟性発泡樹脂	5,050	4,900	4,900	4,900	5,600	5,200	5,350	5,000	8,000	
		皮革・発泡	8,550	8,150	8,150	7,900	11,200	7,400	10,200	7,600	8,700	
		皮革・フェルト	—	—	—	—	—	10,200	11,300	8,800	—	
		シリコーン	—	—	—	—	—	46,500	50,100	40,000	—	
	支 持 部		15,300	12,100	12,100	12,000	18,300	18,300	18,300	12,000	12,000	
	ハ ー ネ ス 及 び 懸 垂 用 部 品	肩	胸郭バンド式肩ハーネス一式 23,800 肩たすき一式 11,900									
		上腕・肘	胸郭バンド式上腕ハーネス一式 23,500 肩たすき一式 11,900 8字ハーネス一式 10,800									
		前腕	胸郭バンド式前腕ハーネス一式 20,100 8字ハーネス 8,750 9字ハーネス 5,650 上腕カフ 5,700									
		股	懸垂帯一式 16,900									
		大腿・膝	シレジアバンド一式 8,150 肩吊り帯 7,100 腰バンド 9,750 横吊帯 1,850 股吊帯 4,700									
		下腿・サイム	腰バンド 9,800 横吊帯 2,500 大腿コルセット 12,800 PTBカフベルト 9,750									
	断 端 袋		—	3,350	3,350	3,550	—	5,600	5,600	5,900	5,900	
外 装		12,100	9,600	9,050	8,550	30,400	24,400	21,700	19,200	—		
							リアルソックス 1,150					
特 記 事 項		股継手：固定、遊動、空油圧制御、その他										
		膝継手：単軸、空油圧制御、安全膝、多軸、その他										
		足継手：単軸、多軸、固定、SACH、ドリリングー足、空油圧制御、その他										
合 計		(完成用部品を除く概算額)								円		
処方年月日		令和 年 月 日				処 方 変 更	申請日 月 日			業者へ連絡 月 日		
担 当		Dr. CW					結果(可・否) 月 日			区へ連絡 月 日		

骨格構造 義肢処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名		歳						ケース番号		—		
医学的所見		(右・左・両) (断端長 cm)										
基 本 価 格	名 称	肩	上腕	肘	前腕	股	大腿	膝	下腿	サイム	概算額	
	採型区分	A-1	A-2	A-3	A-4	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	ダイレクトソケットシステムを使用する場合は基本価格の40%となる	
	型 式	能動式 50,900	能動式 47,800	能動式 43,000	能動式 37,800	236,700	差込式 76,300	差込式 74,400	差込式 60,800	差込式 49,400		
		その他 (装飾用・作業用) 38,200	その他 (装飾用・作業用) 40,700	その他 (装飾用・作業用) 37,100	その他 (装飾用・作業用) 36,000	片側骨盤切断用 20,100増	ライナー式 126,500	ライナー式 97,500	PTB式 86,500	有窓式 74,400		
		肩甲胸郭間切断用 15,000増	吸着式 29,600増	吸着式 29,600増	顆上懸垂式 14,800増	スプリットソケット 22,200増	吸着式 175,600	吸着式 146,600	PTS式 103,700	KBM式 106,700		TSB式 86,500
	仮合せ専用のチェックソケット(シリコーン使用)を用いる場合 50,600加算											
製 作 要 素	ソ ケ ット	木 製	—	—	—	—	—	54,500	—	—	—	二重式ソケットは、内ソケットの使用材料の価格を加算(大腿・膝・下腿)のみ
		アルミニウム・セルロイド	10,100	13,300	13,100	13,100	—	21,300	27,500	19,300	19,600	
		皮 革	10,100	13,300	13,100	13,100	—	21,300	27,500	19,300	19,600	
		熱硬化性樹脂	22,600	15,500	15,200	15,200	40,000	31,100	46,000	28,100	26,700	
		熱可塑性樹脂	5,750	7,500	5,200	5,200	16,800	18,300	20,800	14,700	11,600	
		エアクッション	—	—	—	—	—	17,200	17,200	15,600	14,300	
		カーボンストッキネット	—	—	—	—	—	18,900	18,600	7,350	10,200	
	ソ フ ト イ ン サ ー ト	皮 革	4,950	4,350	4,350	4,250	7,400	5,700	6,400	4,700	4,950	
		軟性発泡樹脂	5,050	4,900	4,900	4,900	5,600	5,200	5,350	5,000	8,000	
		皮革・発泡	8,550	8,150	8,150	7,900	11,200	7,400	10,200	7,600	8,700	
		皮革・フェルト	—	—	—	—	—	10,200	11,300	8,800	—	
		シリコーン	—	—	—	—	—	46,500	50,100	40,000	—	
	支 持 部		15,300	12,100	12,100	12,000	18,300	18,300	18,300	12,000	12,000	
	ハ ー ネ ス 及 び 懸 垂 用 部 品	肩	胸郭バンド式肩ハーネス一式 23,800 肩たすき一式 11,900									
		上腕・肘	胸郭バンド式上腕ハーネス一式 23,500 肩たすき一式 11,900 8字ハーネス一式 10,800									
		前腕	胸郭バンド式前腕ハーネス一式 20,100 8字ハーネス 8,750 9字ハーネス 5,650 上腕カフ 5,700									
		股	懸垂帯一式 16,900									
		大腿・膝	シレジアバンドー式 8,150 肩吊り帯 7,100 腰バンド 9,750 横吊帯 1,850 股吊帯 4,700									
		下腿・サイム	腰バンド 9,800 横吊帯 2,500 大腿コルセット 12,800 PTBカフベルト 9,750									
	断 端 袋		—	3,350	3,350	3,550	—	5,600	5,600	5,900	5,900	
外 装		12,100	9,600	9,050	8,550	30,400	24,400	21,700	19,200	—		
							リアルソックス 1,150					
特 記 事 項		股継手：固定、遊動、空油圧制御、その他										
		膝継手：単軸、空油圧制御、安全膝、多軸、その他										
		足継手：単軸、多軸、固定、SACH、ドリリングー足、空油圧制御、その他										
合 計		(完成用部品を除く概算額)								円		
処方年月日		令和 年 月 日				処 方 変 更	申請日 月 日			業者へ連絡 月 日		
担 当		Dr. CW					結果(可・否) 月 日			区へ連絡 月 日		

殻構造
義 足(ソケット交換)
処 方 箋

令和7年4月1日改正

氏 名		歳					ケース番号	—		
医学的所見		(右・左・両) (断端長 cm)								
構 造 種 別		殻 構 造							概算額	
ソケットの交換	基本価格	名 称	股	大腿	膝	下腿	サイム	足根中足	足趾	<div>ダイレクトソケットシステムを使用する場合は基本価格の40%となる</div>
		採 型 区 分	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	B-6	B-7	
		型 式 〔複製価格は別価格〕	236,700	差込式 76,300	差込式 74,400	差込式 60,800				
			片側骨盤切断用 20,100増	ライナー式 126,500	ライナー式 97,500	PTB式 86,500				
				吸着式 175,600	吸着式 146,600	PTS式 103,700				
			短断端切断用 56,800増	大腿支柱付き 27,200増	KBM式 106,700					
		坐骨収納型 53,200増		TSB式 86,500						
		仮合せ専用のチェックソケット(シリコーン使用)を用いる場合 50,600加算								
	ソケット	木 製	—		—	—	—	—	—	<div>二重式ソケットは、内ソケットの使用材料の価格を加算(大腿・膝・下腿)のみ</div>
		アルミニウム	—	21,300	27,500	19,300	19,600	—	—	
		皮 革	—	21,300	27,500	19,300	19,600	11,500	10,100	
		熱硬化性樹脂	40,000	31,100	46,000	28,100	26,700	24,600	22,400	
		熱可塑性樹脂	16,800	18,300	20,800	14,700	11,600	11,400	10,800	
		エアクッション	—	17,200	17,200	15,600	14,300	13,500	—	
		カーボンストッキネット	—	18,900	18,600	7,350	10,200	6,250	—	
下腿部支持式		—	—	—	—	—	2,100	—		
ソフトインサート	皮 革	7,400	5,700	6,400	4,700	4,950	3,150	2,400	<div>ソケット交換に付随する場合〔単独の場合は別価格〕</div>	
	軟性発泡樹脂	5,600	5,200	5,350	5,000	8,000	3,550	2,850		
	皮革・発泡	11,200	7,400	10,200	7,600	8,700	6,300	4,900		
	皮革・フェルト	—	10,200	11,300	8,800	—	—	—		
	シリコーン	—	46,500	50,100	40,000	—	—	—		
	下腿部支持式	—	—	—	—	—	4,450	—		
その他の部品等の交換	支持部	股 部	11,600(修正を要する場合は 11,700円増)							
		大腿部(膝義足含む)	木製 34,500	アルミニウム 34,500	熱硬化性樹脂 36,100					
		下腿部(サイム義足含む)	木製 30,100	アルミニウム 30,100	熱硬化性樹脂 35,500					
		足 部	軟性発泡樹脂 16,100(サイム・足根中足・足趾義足のみ適用)							
	懸垂用部品	一式交換	4,950	+	<div>懸垂帯一式 17,000 シレジアバンドー式 8,250</div> <div>大腿コルセット一式 12,800 PTBカフベルト一式 9,750</div>					
		腰バンド交換	3,850		<div>大腿・膝義足用 9,800 下腿・サイム義足用 9,800</div>					
		横吊帯交換	4,050		<div>大腿・膝義足用 1,850 下腿・サイム義足用 2,500</div>					
		肩吊り帯交換	4,800		肩吊り帯 7,100					
		股吊帯交換	2,050		股吊帯一式 4,700					
		その他(位置革、金具部品、美錠締革、美錠留革) 2,900								
	外装	断 端 袋	—	5,600	5,600	5,900	5,900	—	—	
		股 部	皮革 11,200	プラスチック 20,500	塗装 5,000					
		大 腿 部	皮革 9,000	プラスチック 20,500	塗装 5,000					
		下 腿 部	皮革 9,800	プラスチック 18,300	塗装 5,000					
	足 部	表革 7,600	裏革 6,150	塗装 6,250	リアルソックス 2,400					
	特 記 事 項		<div>股継手：固定、遊動、空油圧制御、その他</div> <div>膝継手：単軸(前止め固定、横引き固定、ヒンジ遊動、ブロック遊動)、空油圧制御、安全膝、多軸、その他</div> <div>足継手：単軸、多軸、固定、SACH、ドリリングー足、空油圧制御、その他</div>							
合 計		(完成用部品を除く概算額)							円	
処方年月日		令和 年 月 日	処方変更	申請日 月 日				業者へ連絡 月 日		
担 当		Dr. CW		結果(可・否) 月 日				区へ連絡 月 日		

殻構造
義 足(ソケット交換)
処 方 箋

令和7年4月1日改正

氏 名		歳					ケース番号	—		
医学的所見		(右・左・両) (断端長 cm)								
構 造 種 別		殻 構 造							概算額	
ソケットの交換	基本価格	名 称	股	大腿	膝	下腿	サイム	足根中足	足趾	
		採 型 区 分	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	B-6	B-7	
		型 式 〔複製価格は別価格〕	236,700	差込式 76,300	差込式 74,400	差込式 60,800				
			片側骨盤切断用 20,100増	ライナー式 126,500	ライナー式 97,500	PTB式 86,500				
			吸着式 175,600	吸着式 146,600	PTS式 103,700					
			短断端切断用 56,800増	大腿支柱付き 27,200増	KBM式 106,700					
			坐骨収納型 53,200増		TSB式 86,500					
		仮合せ専用のチェックソケット(シリコーン使用)を用いる場合 50,600加算								
	ソケット	木 製	—		—	—	—	—	—	二重式ソケットは、内ソケットの使用材料の価格を加算(大腿・膝・下腿)のみ
		アルミニウム	—	21,300	27,500	19,300	19,600	—	—	
		皮 革	—	21,300	27,500	19,300	19,600	11,500	10,100	
		熱硬化性樹脂	40,000	31,100	46,000	28,100	26,700	24,600	22,400	
		熱可塑性樹脂	16,800	18,300	20,800	14,700	11,600	11,400	10,800	
		エアクッション	—	17,200	17,200	15,600	14,300	13,500	—	
		カーボンストッキネット	—	18,900	18,600	7,350	10,200	6,250	—	
下腿部支持式	—	—	—	—	—	2,100	—			
ソフトインサート	皮 革	7,400	5,700	6,400	4,700	4,950	3,150	2,400	ソケット交換に付随する場合〔単独の場合は別価格〕	
	軟性発泡樹脂	5,600	5,200	5,350	5,000	8,000	3,550	2,850		
	皮革・発泡	11,200	7,400	10,200	7,600	8,700	6,300	4,900		
	皮革・フェルト	—	10,200	11,300	8,800	—	—	—		
	シリコーン	—	46,500	50,100	40,000	—	—	—		
	下腿部支持式	—	—	—	—	—	4,450	—		
その他の部品等の交換	支持部	股 部	11,600(修正を要する場合は 11,700円増)							
		大腿部(膝義足含む)	木製 34,500	アルミニウム 34,500	熱硬化性樹脂 36,100					
		下腿部(サイム義足含む)	木製 30,100	アルミニウム 30,100	熱硬化性樹脂 35,500					
		足 部	軟性発泡樹脂 16,100(サイム・足根中足・足趾義足のみ適用)							
	懸垂用部品	一式交換	4,950	+	懸垂帯一式 17,000 シレジアバンドー式 8,250 大腿コルセット一式 12,800 PTBカフベルト一式 9,750					
		腰バンド交換	3,850		大腿・膝義足用 9,800 下腿・サイム義足用 9,800					
		横吊帯交換	4,050		大腿・膝義足用 1,850 下腿・サイム義足用 2,500					
		肩吊り帯交換	4,800		肩吊り帯 7,100					
		股吊帯交換	2,050		股吊帯一式 4,700					
		その他(位置革、金具部品、美錠締革、美錠留革) 2,900								
		断 端 袋	—	5,600	5,600	5,900	5,900	—	—	
	外 装	股 部	皮革 11,200	プラスチック 20,500	塗装 5,000					
		大 腿 部	皮革 9,000	プラスチック 20,500	塗装 5,000					
		下 腿 部	皮革 9,800	プラスチック 18,300	塗装 5,000					
		足 部	表革 7,600	裏革 6,150	塗装 6,250	リアルソックス 2,400				
特 記 事 項		股継手：固定、遊動、空油圧制御、その他 膝継手：単軸(前止め固定、横引き固定、ヒンジ遊動、ブロック遊動)、空油圧制御、安全膝、多軸、その他 足継手：単軸、多軸、固定、SACH、ドリリングー足、空油圧制御、その他								
合 計		(完成用部品を除く概算額)							円	
処方年月日		令和 年 月 日	処方変更	申請日 月 日				業者へ連絡 月 日		
担 当		Dr. CW		結果(可・否) 月 日				区へ連絡 月 日		

骨格構造義肢(ソケット交換)処方箋

令和7年4月1日改正

氏 名			歳					ケース番号		—			
医学的所見			(右・左・両) (断端長 cm)										
ソケット交換	基本価格	名 称	肩	上腕	肘	前腕	股	大腿	膝	下腿	サイム	概算額	
		撮型区分	A-1	A-2	A-3	A-4	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5		
		型 式 〔複製価格は別価格〕	能動式 50,900	能動式 47,800	能動式 43,000	能動式 37,800	236,700 片側骨盤切断用 20,100増	差込式 76,300	差込式 74,400	差込式 60,800	差込式 49,400	ダイレクトソケットシステムを使用する場合は基本価格の40%となる	
			その他 (装飾用・作業用) 38,200	その他 (装飾用・作業用) 40,700	その他 (装飾用・作業用) 37,100	その他 (装飾用・作業用) 36,000		ライナー式 126,500	ライナー式 97,500	PTB式 86,500	有窓式 74,400		
	肩甲胸郭間切断用 15,000増		吸着式 29,600増	吸着式 29,600増	顆上懸垂式 14,800増	吸着式 175,600		吸着式 146,600	PTS式 103,700				
	仮合せ専用のチェックソケット(シリコーン使用)を用いる場合 50,600加算												
	ソケット	木 製	—	—	—	—	—	54,500	—	—	—	二重式ソケットは、内ソケットの使用材料の価格を加算(大腿・膝・下腿)のみ	
		アルミニウム	10,100	13,300	13,100	13,100	—	21,300	27,500	19,300	19,600		
		皮 革	10,100	13,300	13,100	13,100	—	21,300	27,500	19,300	19,600		
		熱硬化性樹脂	22,600	15,500	15,200	15,200	40,000	31,100	46,000	28,100	26,700		
		熱可塑性樹脂	5,750	7,500	5,200	5,200	16,800	18,300	20,800	14,700	11,600		
		エアクッション	—	—	—	—	—	17,200	17,200	15,600	14,300		
		カーボンストッキネット	—	—	—	—	—	18,900	18,600	7,350	10,200		
	ソフティンサート	皮 革	4,950	4,350	4,350	4,250	7,400	5,700	6,400	4,700	4,950		
		軟性発泡樹脂	5,050	4,900	4,900	4,900	5,600	5,200	5,350	5,000	8,000		
		皮革・発泡	8,550	8,150	8,150	7,900	11,200	7,400	10,200	7,600	8,700		
		皮革・フェルト	—	—	—	—	—	10,200	11,300	8,800	—		
		シリコーン	—	—	—	—	—	46,500	50,100	40,000	—		
	その他の部品等の交換	支 持 部		15,300	12,100	12,100	12,000	18,300	18,300	18,300	12,000	12,000	
		義手用ハーネス及び義足懸垂用部品交換	一式交換	胸郭バンド	23,800	23,500		20,100	懸垂帯一式 16,900	シレジアバンドー式 8,150		大腿コルセット一式 12,800 PTBカフベルト 9,750	
肩たすき			11,900	11,900		—							
8字ハーネス			—	10,800		8,750							
9字ハーネス			—	—		5,650							
共 通			+ 4,950					+ 4,950					
そ の 他					上腕カフ (三頭筋パッド) 5,700 +3,500	肩吊り帯	7,100 + 4,800						
						股吊帯	4,700 + 2,050						
						横吊帯	1,850 + 4,050				2,500 + 4,050		
						腰バンド	9,750 + 3,850				9,800 + 3,850		
その他交換 1,900			その他交換 2,900										
断 端 袋		—	3,350	3,350	3,550	—	5,600	5,600	5,900	5,900			
外 装	12,100	9,600	9,050	8,550	30,400	24,400	21,700	19,200	—				
						リアルソックス 1,150							
特 記 事 項			股継手: 固定、遊動、空油圧制御、その他 膝継手: 単軸、空油圧制御、安全膝、多軸、その他 足継手: 単軸、多軸、固定、SACH、ドリリングー足、空油圧制御、その他										
合 計			(完成用部品を除く概算額)								円		
処方年月日			令和 年 月 日			処 方 変 更	申請日 月 日		業者へ連絡 月 日				
担 当			Dr. CW				結果(可・否) 月 日		区へ連絡 月 日				

骨格構造義肢(ソケット交換)処方箋

令和7年4月1日改正

氏 名			歳					ケース番号		—			
医学的所見			(右・左・両) (断端長 cm)										
ソケット交換	基本価格	名 称	肩	上腕	肘	前腕	股	大腿	膝	下腿	サイム	概算額	
		撮型区分	A-1	A-2	A-3	A-4	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5		
		型 式 〔複製価格は別価格〕	能動式 50,900	能動式 47,800	能動式 43,000	能動式 37,800	236,700 片側骨盤切断用 20,100増	差込式 76,300	差込式 74,400	差込式 60,800	差込式 49,400	ダイレクトソケットシステムを使用する場合は基本価格の40%となる	
			その他 (装飾用・作業用) 38,200	その他 (装飾用・作業用) 40,700	その他 (装飾用・作業用) 37,100	その他 (装飾用・作業用) 36,000		ライナー式 126,500	ライナー式 97,500	PTB式 86,500	有窓式 74,400		
	肩甲胸郭間切断用 15,000増		吸着式 29,600増	吸着式 29,600増	顆上懸垂式 14,800増	吸着式 175,600		吸着式 146,600	PTS式 103,700				
	仮合せ専用のチェックソケット(シリコーン使用)を用いる場合 50,600加算												
	ソケット	木 製	—	—	—	—	—	54,500	—	—	—	二重式ソケットは、内ソケットの使用材料の価格を加算(大腿・膝・下腿)のみ	
		アルミニウム	10,100	13,300	13,100	13,100	—	21,300	27,500	19,300	19,600		
		皮 革	10,100	13,300	13,100	13,100	—	21,300	27,500	19,300	19,600		
		熱硬化性樹脂	22,600	15,500	15,200	15,200	40,000	31,100	46,000	28,100	26,700		
		熱可塑性樹脂	5,750	7,500	5,200	5,200	16,800	18,300	20,800	14,700	11,600		
		エアクッション	—	—	—	—	—	17,200	17,200	15,600	14,300		
		カーボンストッキングネット	—	—	—	—	—	18,900	18,600	7,350	10,200		
	ソフトインサート	皮 革	4,950	4,350	4,350	4,250	7,400	5,700	6,400	4,700	4,950		
		軟性発泡樹脂	5,050	4,900	4,900	4,900	5,600	5,200	5,350	5,000	8,000		
		皮革・発泡	8,550	8,150	8,150	7,900	11,200	7,400	10,200	7,600	8,700		
		皮革・フェルト	—	—	—	—	—	10,200	11,300	8,800	—		
		シリコーン	—	—	—	—	—	46,500	50,100	40,000	—		
	その他の部品等の交換	支 持 部		15,300	12,100	12,100	12,000	18,300	18,300	18,300	12,000	12,000	
		義手用ハーネス及び義足懸垂用部品交換	胸郭バンド	23,800	23,500		20,100	懸垂帯一式 16,900	シレジアバンドー式 8,150		大腿コルセット一式 12,800 PTBカフベルト 9,750		
肩たすき			11,900	11,900		—							
8字ハーネス			—	10,800		8,750							
9字ハーネス			—	—		5,650							
共 通			+ 4,950					+ 4,950					
そ の 他					上腕カフ (三頭筋パッド) 5,700 +3,500	肩吊り帯	7,100 + 4,800						
						股吊帯	4,700 + 2,050						
						横吊帯	1,850 + 4,050				2,500 + 4,050		
						腰バンド	9,750 + 3,850				9,800 + 3,850		
その他交換 1,900			その他交換 2,900										
断 端 袋		—	3,350	3,350	3,550	—	5,600	5,600	5,900	5,900			
外 装	12,100	9,600	9,050	8,550	30,400	24,400	21,700	19,200	—				
						リアルソックス 1,150							
特 記 事 項			股継手: 固定、遊動、空油圧制御、その他 膝継手: 単軸、空油圧制御、安全膝、多軸、その他 足継手: 単軸、多軸、固定、SACH、ドリリングー足、空油圧制御、その他										
合 計			(完成用部品を除く概算額)								円		
処方年月日			令和 年 月 日			処 方 変 更	申請日 月 日			業者へ連絡 月 日			
担 当			Dr. CW				結果(可・否) 月 日			区へ連絡 月 日			

下肢装具・靴型装具処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名		歳				ケース番号		—																		
医学的所見		(右 ・ 左 ・ 両) 短下肢装具 硬性の場合 下腿 (腓骨頭下約2横指 2/3 1/2 1/3 他) 足底 (足趾尖 ・ 中足骨頭 ・ 他)																								
基本 価格	構 造		両側支柱		片側支柱		後方支柱		硬性		軟性		その他()		概算額											
	名 称		股		長下肢			膝		短下肢		足		靴		(×)										
	採型区分		A-1		A-2		A-3		A-10		A-4		A-5		A-6		A-7a		A-7b		B-1		B-2(短靴)		レディメイド 2,500	
	採 型		27,900		43,000		31,700		54,000		20,400		18,700		17,000		12,300		8,200		17,000		12,300			
	採 寸		8,550		16,800		16,100		15,700		8,150		7,900		7,750		6,700		—		7,750		6,700			
製 作 要 素 価 格	継 手	股	固定式 遊動式 [輪止め ・ その他()]														(×)									
		6,550		7,800																						
		膝	固定式 遊動式 [輪止め ・ オフセット ・ その他()]														プラスチック		(×)							
	6,400		7,000														14,800									
	足	固定式 遊動式 [クレンザック ・ その他()]														プラスチック		(×)								
	5,400		6,350														11,000									
	支 持 部	大腿	半 月		カフベルト		コルセット		坐骨支持式		硬性[熱硬化性 ・ 熱可塑性]				カーボン		(×)									
		4,800		8,400		16,700		22,500増		27,300		11,200		57,400												
		下腿	半 月		カフベルト		コルセット		PTB(PTS,KBM)支持式		硬性[熱硬化性 ・ 熱可塑性]				カーボン		(×)									
	4,600		7,100		12,900		15,400増		25,400		9,550		57,500													
	足 部	あぶみ	足部覆い		足板の補強		標準靴		硬性[熱硬化性 ・ 熱可塑性]				カーボン		(×)											
		2,600		14,400		10,200増		22,300		15,000		8,250		41,800												
			足底装具		MP関節遠位		8,250		MP関節近位		7,550															
付 属 品	膝	膝サポーター (支柱付)17,100 (支柱無)7,850 膝当て 4,650 ターンバックル 6,050 ダイアルロック 8,750														(×)										
			伸展・屈曲補助装置		4,700		その他()																			
	足	T・Yストラップ				補高足部		足底裏革		高さの調整				(×)												
		5,350(硬性の場合減額の可能性あり)		51,800		1,950		3,800																		
		内張り (大腿部 2,150 下腿部 1,750 足部 1,300)														(×)										
靴					短 靴				チャッカ靴				半 長 靴		長 靴		(×)									
	整 形		44,100		健足		45,600		健足		47,000		健足		50,000		健足									
	特 殊		54,600		27,300		56,900		28,300		59,000		29,300		65,200		31,300									
付 属 品	靴	ヒールの補正 [サッチ他 トルク] 足底の補正 [メタターサル他 内・外ウエッジ] 月型の延長														(×)										
		3,700		6,300		3,700		4,800		4,500																
		足背ベルト		補高[敷き革式		cm・靴の補高		cm]																		
		2,300		8,000(1,700)		3,700(1,100)																				
		スチールバネ入り 5,650 トウボックスの補強 2,750 鉛板の挿入 2,850																								
特記事項		採型によりカーボン製装具の製作にチェック用装具を要する場合 大腿部 18,100 下腿部 16,900 足部 9,900 補高足部を使用する場合は35,800増 支持部(あぶみを除く)について、完成用部品を使用する場合は40%の範囲内で算定 レディメイドの本体価格は完成用部品として指定されているものを除き、オーダーメイドの75%の範囲内の額とする																								
合 計		(完成用部品を除く概算額)												円												
処方年月日		令和 年 月 日				処方変更		申請日 月 日				業者へ連絡 月 日														
担 当		Dr. CW						結果(可・否) 月 日				区へ連絡 月 日														

下肢装具・靴型装具処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名		歳				ケース番号		—						
医学的所見		(右 ・ 左 ・ 両) 短下肢装具 硬性の場合 下腿 (腓骨頭下約2横指 2/3 1/2 1/3 他) 足底 (足趾尖 ・ 中足骨頭 ・ 他)												
基本 価格	構 造	両側支柱		片側支柱		後方支柱		硬性		軟性		その他()		概算額
	名 称	股	長下肢				膝	短下肢		足		靴		(×)
	採型区分	A-1	A-2	A-3	A-10	A-4	A-5	A-6	A-7a	A-7b	B-1	B-2(短靴)	レディメイド 2,500	
	採 型	27,900	43,000	31,700	54,000	20,400	18,700	17,000	12,300	8,200	17,000	12,300		
	採 寸	8,550	16,800	16,100	15,700	8,150	7,900	7,750	6,700	—	7,750	6,700		
製 作 要 素 価 格	継 手	股	固定式 遊動式 [輪止め ・ その他()] (×)											
		6,550 7,800												
		膝	固定式 遊動式 [輪止め ・ オフセット ・ その他()] プラスチック (×)											
	6,400 7,000 14,800													
	足	固定式 遊動式 [クレンザック ・ その他()] プラスチック (×)												
	5,400 6,350 11,000													
	支 持 部	大腿	半 月	カフバルト	コルセット	坐骨支持式	硬性 [熱硬化性 ・ 熱可塑性]				カーボン		(×)	
		4,800 8,400 16,700 22,500増 27,300 11,200 57,400												
		下腿	半 月	カフバルト	コルセット	PTB(PTS,KBM)支持式	硬性 [熱硬化性 ・ 熱可塑性]				カーボン		(×)	
		4,600 7,100 12,900 15,400増 25,400 9,550 57,500												
	足部	あぶみ	足部覆い	足板の補強	標準靴	硬性 [熱硬化性 ・ 熱可塑性]				カーボン		(×)		
		2,600 14,400 10,200増 22,300 15,000 8,250 41,800												
	足底装具 MP関節遠位 8,250 MP関節近位 7,550													
	付 属 品	膝	膝サポーター (支柱付)17,100 (支柱無)7,850 膝当て 4,650 ターンバックル 6,050 ダイヤルロック 8,750 (×)											
			伸展・屈曲補助装置 4,700 その他()											
足		T・Yストラップ 補高足部 足底裏革 高さの調整 (×)												
5,350(硬性の場合減額の可能性あり) 51,800 1,950 3,800														
内張り (大腿部 2,150 下腿部 1,750 足部 1,300) (×)														
靴			短 靴		チャッパ靴		半 長 靴		長 靴		(×)			
	整 形	44,100	健足	45,600	健足	47,000	健足	50,000	健足					
	特 殊	54,600	27,300	56,900	28,300	59,000	29,300	65,200	31,300					
付 属 品	靴	ヒールの補正 [サッチ他 トルク] 足底の補正 [メタターサル他 内・外ウエッジ] 月型の延長 (×)												
		3,700 6,300 3,700 4,800 4,500												
		足背ベルト 補高 [敷き革式 cm・靴の補高 cm]												
		2,300 8,000(1,700) 3,700(1,100)												
スチールバネ入り 5,650 トウボックスの補強 2,750 鉛板の挿入 2,850														
特記事項		採型によりカーボン製装具の製作にチェック用装具を要する場合 大腿部 18,100 下腿部 16,900 足部 9,900 補高足部を使用する場合は35,800増 支持部(あぶみを除く)について、完成用部品を使用する場合は40%の範囲内で算定 レディメイドの本体価格は完成用部品として指定されているものを除き、オーダーメイドの75%の範囲内の額とする												
合 計		(完成用部品を除く概算額)									円			
処方年月日		令和 年 月 日				処方変更	申請日 月 日			業者へ連絡 月 日				
担 当		Dr. CW					結果(可・否) 月 日			区へ連絡 月 日				

体幹装具処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名			歳					ケース番号		—				
医学的所見														
基本 価格	名 称		頸椎 (胸椎付)	頸椎	頸椎 (カラー)	胸腰仙椎		腰 仙 椎		仙 腸		概算額		
						硬性・フレーム	軟性	硬性・フレーム	軟性	硬性・フレーム	軟性・骨盤帯			
	採型区分		C-1	C-2	C-3	C-4		C-5		C-6		レディメイド 2,500		
	採 型		32,800	25,600	12,800	25,100	7,750	21,400	7,650	18,900	7,350			
採 寸		8,950	8,250	4,100	7,750	7,750	7,600	7,600	7,350	7,350				
製 作 要 素 価 格	支 持 部	頸 椎	硬 性〔支柱付 42,300 ・ 支柱無 32,600〕 サンドイッチ構造 19,600増											
			フレーム 31,600											
			カラー〔あご受け有 15,200 ・ あご受け無 12,200〕											
		胸 腰 仙 椎	硬 性〔支柱付 42,700 ・ 支柱無 31,100〕 サンドイッチ構造 15,900増											
			フレーム 44,300											
			軟 性 26,000											
		腰仙椎	硬 性〔支柱付 28,600 ・ 支柱無 21,100〕 サンドイッチ構造 12,000増											
			フレーム 35,800											
			軟 性 20,300											
		仙 腸	硬 性〔支柱付 23,000 ・ 支柱無 16,900〕 サンドイッチ構造 10,300増											
			フレーム 31,200											
			軟 性 18,100											
	骨盤帯〔芯のあるもの 17,600 ・ 芯のないもの 11,500〕													
	付 属 品	体 幹	高さの調整(頸椎装具のみ) ターンバックル式 腰部継手											
			3,800(×) 6,000 6,500(×)											
			バタフライ(硬性又はフレームの場合のみ適用) 10,300											
肩ベルト 3,250 会陰ひも 2,350 腹部エプロン 3,250 斜頸枕 25,000														
側弯症		ミルウォーキー型付属品 パッド〔胸 椎・腰 椎・腋 窩〕 ショルダーリング アウトリガー												
		66,400 5,900 5,350 4,300 16,300 3,150												
内張り	支柱〔前 方・後 方・側 方〕 ネックリング 胸郭バンド ショルダーリング加算													
	13,000 14,600 5,850 2,350 19,000 12,000													
特 記 事 項		支持部について、完成用部品を使用する場合は40%の範囲内で算定 レディメイドの本体価格は完成用部品として指定されているものを除き、オーダーメイドの75%の範囲内の額とする												
合 計		(完成用部品を除く概算額)								円				
処方年月日		令和	年	月	日	処 方 変 更	申請日		月	日	業者へ連絡		月	日
担 当		Dr.	CW				結果(可・否)		月	日	区へ連絡		月	日

体幹装具処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名			歳					ケース番号		—		
医学的所見												
基本 価格	名 称		頸椎 (胸椎付)	頸椎	頸椎 (カラー)	胸腰仙椎		腰 仙 椎		仙 腸		概算額
						硬性・フレーム	軟性	硬性・フレーム	軟性	硬性・フレーム	軟性・骨盤帯	
	採型区分		C-1	C-2	C-3	C-4		C-5		C-6		レディメイド 2,500
	採 型		32,800	25,600	12,800	25,100	7,750	21,400	7,650	18,900	7,350	
採 寸		8,950	8,250	4,100	7,750	7,750	7,600	7,600	7,350	7,350		
製 作 要 素 価 格	支 持 部	頸 椎	硬 性〔支柱付 42,300 ・ 支柱無 32,600〕 サンドイッチ構造 19,600増									
			フレーム 31,600									
			カラー〔 あご受け有 15,200 ・ あご受け無 12,200 〕									
		胸 腰 仙 椎	硬 性〔支柱付 42,700 ・ 支柱無 31,100〕 サンドイッチ構造 15,900増									
			フレーム 44,300									
			軟 性 26,000									
		腰仙椎	硬 性〔支柱付 28,600 ・ 支柱無 21,100〕 サンドイッチ構造 12,000増									
			フレーム 35,800									
			軟 性 20,300									
		仙 腸	硬 性〔支柱付 23,000 ・ 支柱無 16,900 〕 サンドイッチ構造 10,300増									
			フレーム 31,200									
			軟 性 18,100									
	骨盤帯〔 芯のあるもの 17,600 ・ 芯のないもの 11,500 〕											
	付 属 品	体 幹	高さの調整(頸椎装具のみ) ターンバックル式 腰部継手									
			3,800(×) 6,000 6,500(×)									
			バタフライ(硬性又はフレームの場合のみ適用) 10,300									
肩ベルト 3,250 会陰ひも 2,350 腹部エプロン 3,250 斜頸枕 25,000												
側弯症		ミルウォーキー型付属品 パッド〔 胸 椎・腰 椎・腋 窩〕 ショルダーリング アウトリガー										
		66,400 5,900 5,350 4,300 16,300 3,150										
		支柱〔 前 方・ 後 方 ・ 側 方〕 ネックリング 胸郭バンド ショルダーリング加算										
		13,000 14,600 5,850 2,350 19,000 12,000										
内張り		頸椎支持部 胸腰仙椎支持部 腰仙椎支持部 仙腸支持部										
	3,500 4,350 3,900 2,300											
特 記 事 項			支持部について、完成用部品を使用する場合は40%の範囲内で算定 レディメイドの本体価格は完成用部品として指定されているものを除き、オーダーメイドの75%の範囲内の額とする									
合 計			(完成用部品を除く概算額)							円		
処方年月日			令和 年 月 日	処 方 変 更		申請日 月 日			業者へ連絡 月 日			
担 当			Dr. CW			結果(可・否) 月 日			区へ連絡 月 日			

上肢装具処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名		歳				ケース番号		—						
医学的所見		(右 ・ 左 ・ 両)												
基本 価格	名 称	肩	BFO	肘(手部付)		手関節	長対立	把持	手	短対立	CM	指	概算額	
	採 型 区 分	D-1	D-2		D-3	D-4			D-5		D-6	(×)		
	採 型	34,200	—	18,600	16,900	15,000			12,000		9,000	レディメイド 2,500		
	採 寸	9,050	7,900		7,650	7,400			6,800		4,800			
製 作 要 素 価 格	継 手	肩	固定式 遊動式 肩回旋装置										(×)	
			6,450	10,100		22,800								
		肘	固定式 遊動式 プラスチック継手										(×)	
			4,600	4,600		12,000								
		手	固定式 遊動式 プラスチック継手										(×)	
		3,800	7,600		10,600									
	M P	固定式 遊動式										(×)		
		4,650	5,150											
	I P	固定式(硬性) 固定式(フレーム) 遊動式 鋼線支柱										(×)		
		2,250	2,850		3,850		2,000							
	支 持 部	胸 郭	硬性 15,500 フレーム 10,400										(×)	
		骨 盤	硬性 17,100 フレーム 16,900										(×)	
		上 腕	半月 皮革(カフベルト) 皮革(コルセット) 硬性(サンドイッチ構造は7,400増)									(×)		
			4,300 6,050 9,900 9,350											
		前 腕	半月 皮革(カフベルト) 皮革(コルセット) 硬性(サンドイッチ構造は7,700増)									(×)		
			4,450 6,150 7,950 8,900											
	手部背側パッド	硬性 2,650 フレーム 2,550										(×)		
	手掌パッド	硬性 4,100 フレーム 4,800										(×)		
	そ の 他	肘サポーター	支柱付 16,850 支柱無 10,300 (オーダーメイドに限る)											
		基節骨パッド	硬性 2,900 フレーム 4,250											
中・末節骨パッド		硬性 2,500 フレーム 1,950												
対立バー		5,650												
Cバー		4,350												
アウトリガー		2,750		(×)										
伸展屈曲補助バネ		2,800 輪ゴムの場合は本数にかかわらず 300		(×)										
肘当て		3,700												
ターンバックル		6,050												
ダイヤロック		8,750												
フレクサーヒンジ		50,400												
内張り		上腕 1,300 前腕 1,150 手部 1,000(硬性の場合に限る)												
特 記 事 項		支持部について、完成用部品を使用する場合は40%の範囲内で算定 レディメイドの本体価格は完成用部品として指定されているものを除き、オーダーメイドの75%の範囲内の額とする												
合 計		(完成用部品を除く概算額)								円				
処方年月日		令和	年	月	日	処方変更	申請日		月	日	業者へ連絡		月	日
担 当		Dr.	CW		結果(可・否)		月	日	区へ連絡		月	日		

上肢装具処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名		歳				ケース番号		—						
医学的所見		(右 ・ 左 ・ 両)												
基本 価格	名 称	肩	BFO	肘(手部付)		手関節	長対立	把持	手	短対立	CM	指	概算額	
	採 型 区 分	D-1	D-2		D-3	D-4			D-5		D-6	(×)		
	採 型	34,200	—	18,600	16,900	15,000			12,000		9,000	レディメイド 2,500		
	採 寸	9,050	7,900		7,650	7,400			6,800		4,800			
製 作 要 素 価 格	継 手	肩	固定式 遊動式 肩回旋装置										(×)	
			6,450	10,100		22,800								
		肘	固定式 遊動式 プラスチック継手										(×)	
			4,600	4,600		12,000								
		手	固定式 遊動式 プラスチック継手										(×)	
		3,800	7,600		10,600									
	M P	固定式 遊動式										(×)		
		4,650	5,150											
	I P	固定式(硬性) 固定式(フレーム) 遊動式 鋼線支柱										(×)		
		2,250	2,850		3,850		2,000							
	支 持 部	胸 郭	硬性 15,500 フレーム 10,400										(×)	
		骨 盤	硬性 17,100 フレーム 16,900										(×)	
		上 腕	半月 皮革(カフベルト) 皮革(コルセット) 硬性(サンドイッチ構造は7,400増)									(×)		
			4,300 6,050 9,900 9,350											
		前 腕	半月 皮革(カフベルト) 皮革(コルセット) 硬性(サンドイッチ構造は7,700増)									(×)		
			4,450 6,150 7,950 8,900											
	手部背側パッド	硬性 2,650 フレーム 2,550										(×)		
	手掌パッド	硬性 4,100 フレーム 4,800										(×)		
	そ の 他	肘サポーター	支柱付 16,850 支柱無 10,300 (オーダーメイドに限る)											
		基節骨パッド	硬性 2,900 フレーム 4,250											
中・末節骨パッド		硬性 2,500 フレーム 1,950												
対立バー		5,650												
Cバー		4,350												
アウトリガー		2,750		(×)										
伸展屈曲補助バネ		2,800 輪ゴムの場合は本数にかかわらず 300		(×)										
肘当て		3,700												
ターンバックル		6,050												
ダイヤロック		8,750												
フレクサーヒンジ		50,400												
内張り		上腕 1,300 前腕 1,150 手部 1,000(硬性の場合に限る)												
特 記 事 項		支持部について、完成用部品を使用する場合は40%の範囲内で算定 レディメイドの本体価格は完成用部品として指定されているものを除き、オーダーメイドの75%の範囲内の額とする												
合 計		(完成用部品を除く概算額)								円				
処方年月日		令和	年	月	日	処方変更	申請日		月	日	業者へ連絡		月	日
担 当		Dr.	CW		結果(可・否)		月	日	区へ連絡		月	日		

姿勢保持装置処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名		歳			ケース番号	—				
医学的所見		(処方上 重要な点)								
基本価格	身体部位		頭・頸部	上肢(片側)	体 幹 部	骨盤・大腿部	下腿(片側)	足部(片側)	概算額	
	採寸		3,550	1,750	15,400	15,400	2,050			
	採型		6,000	4,200	28,500	28,500	—	—		
製作要素	支 持 部	頭部支え		9,700	—	—	—	—	—	
		上肢支え(片側)		—	3,750	—	—	—	—	
		前腕・手部支え(片側)		—	4,150	—	—	—	—	
		平面形状型		—	—	7,550	7,550	—	—	
		モールド型		—	—	53,400	53,400	モールド型 採寸で製作の場合は80%		
		張り調整型		—	—	15,500	15,500			
		下腿支え(片側)		—	—	—	—	2,750	—	
		足台(片側)		—	—	—	—	—	2,800	
		フレックス構造		6,700(×)						
	支 持 部 の 連 結	固定		頸部 3,550	腰部(片側) 2,650	膝部(片側) 2,650	足部(片側) 2,650			
		遊動		腰部(片側) 3,850		膝部(片側) 3,850	足部(片側) 3,850			
		角度調整用部品		機械式 10,000	ガス圧式 11,400	電動式 77,300				
	構造フレーム		木材・金属 57,200		ティルト機構 6,150加算	昇降機構 8,500加算				
	付 属 品	テーブル		21,000		取付部品5,000	表面クッション張り 4,500加算			
		上肢保持部品		アームサポート(片側) 4,500(×) 肘パッド(片側) 2,850(×) 縦型グリップ(片側) 3,500(×) 横型グリップ(片側) 3,500(×)						
		体幹保持部品		頭頸部パッド5,050 肩パッド(片側) 4,550(×) 胸パッド 5,050(×) 胸受けロール6,950(×) 体幹パッド(片側) 3,900(×) 腰部パッド 4,600(×)						
		骨盤保持部品		骨盤パッド(片側) 2,800(×) 臀部パッド 4,700(×)						
		下肢保持部品		内転防止パッド 5,050(×) 外転防止パッド(片側) 2,850(×) 膝パッド ・ 下腿保持パッド(片側)4,300(×) 足部保持パッド(片側)3,250(×)						
		ベルト部品		肩ベルト(片側) 2,500(×) 腕ベルト(片側) ・ 手首ベルト(片側) 2,100(×) 胸ベルト4,350(×) 骨盤ベルト4,350(×) 股ベルト 4,700 大腿ベルト ・ 膝ベルト ・ 下腿ベルト ・ 足首ベルト (各片側) 2,350(×)						
		支持部カバー		3,050	1,650			1,650	1,650	
			平面形状型	カバーの防止加工 1台につき8,100円加算		3,450	3,450	脱着式 3,500円加算		
			モールド型			10,300	10,300			
			張り調整型			4,150	4,150			
		内張り		アームサポート(片側) 1,850 テーブル 4,500						
		体圧分散補助素材		4,050	2,000	9,350	9,350	2,000	2,000	
		キャスタ		1,650(×) 多機能キャスタ990加算(×)						
		その他		介助用グリップ(片側)3,250(×) ストッパー 4,750 高さ調節用台座 20,500						
		調 節 機 構	高さ調節		頭部支持部 体幹支持部 骨盤・大腿支持部 3,450(×) 足部支持部(片側) アームサポート(片側) 2,150(×)					
	前後調節		頭部支持部 骨盤・大腿支持部 3,500(×) 足部支持部(片側) 2,100(×)							
	角度調節		頭部支持部 4,050 テーブル 8,600							
脱着機構			体幹パッド(片側) 骨盤パッド(片側) 膝パッド(片側) アームサポート(片側)2,700(×) 内転防止パッド 7,600(×)							
開閉機構			アームサポート(片側) 足部支持部(片側) 2,700(×)							
特記事項										
合 計		(完成用部品を除く概算額)					円			
処方年月日		令和 年 月 日	処方変更	申請日 月 日			業者へ連絡 月 日			
担 当		Dr. CW		結果(可・否) 月 日			区へ連絡 月 日			

姿勢保持装置処方箋(新規・再交付)

令和7年4月1日改正

氏 名		歳			ケース番号	—				
医学的所見		(処方上 重要な点)								
基本価格	身体部位		頭・頸部	上肢(片側)	体 幹 部	骨盤・大腿部	下腿(片側)	足部(片側)	概算額	
	採寸		3,550	1,750	15,400	15,400	2,050			
	採型		6,000	4,200	28,500	28,500	—	—		
製作要素	支 持 部	頭部支え		9,700	—	—	—	—	—	
		上肢支え(片側)		—	3,750	—	—	—	—	
		前腕・手部支え(片側)		—	4,150	—	—	—	—	
		平面形状型		—	—	7,550	7,550	—	—	
		モールド型		—	—	53,400	53,400	モールド型 採寸で製作の場合は80%		
		張り調整型		—	—	15,500	15,500			
		下腿支え(片側)		—	—	—	—	2,750	—	
		足台(片側)		—	—	—	—	—	2,800	
		フレックス構造		6,700(×)						
	支 持 部 の 連 結	固定		頸部 3,550	腰部(片側) 2,650	膝部(片側) 2,650	足部(片側) 2,650			
		遊動		腰部(片側) 3,850		膝部(片側) 3,850	足部(片側) 3,850			
		角度調整用部品		機械式 10,000	ガス圧式 11,400	電動式 77,300				
	構造フレーム		木材・金属 57,200		ティルト機構 6,150加算	昇降機構 8,500加算				
	付 属 品	テーブル		21,000		取付部品5,000	表面クッション張り 4,500加算			
		上肢保持部品		アームサポート(片側) 4,500(×) 肘パッド(片側) 2,850(×) 縦型グリップ(片側) 3,500(×) 横型グリップ(片側) 3,500(×)						
		体幹保持部品		頭頸部パッド5,050 肩パッド(片側) 4,550(×) 胸パッド 5,050(×) 胸受けロール6,950(×) 体幹パッド(片側) 3,900(×) 腰部パッド 4,600(×)						
		骨盤保持部品		骨盤パッド(片側) 2,800(×) 臀部パッド 4,700(×)						
		下肢保持部品		内転防止パッド 5,050(×) 外転防止パッド(片側) 2,850(×) 膝パッド ・ 下腿保持パッド(片側)4,300(×) 足部保持パッド(片側)3,250(×)						
		ベルト部品		肩ベルト(片側) 2,500(×) 腕ベルト(片側) ・ 手首ベルト(片側) 2,100(×) 胸ベルト4,350(×) 骨盤ベルト4,350(×) 股ベルト 4,700 大腿ベルト ・ 膝ベルト ・ 下腿ベルト ・ 足首ベルト (各片側) 2,350(×)						
		支持部カバー		3,050	1,650			1,650	1,650	
			平面形状型	カバーの防止加工 1台につき8,100円加算		3,450	3,450	脱着式 3,500円加算		
			モールド型			10,300	10,300			
			張り調整型			4,150	4,150			
		内張り		アームサポート(片側) 1,850 テーブル 4,500						
		体圧分散補助素材		4,050	2,000	9,350	9,350	2,000	2,000	
		キャスタ		1,650(×) 多機能キャスタ990加算(×)						
		その他		介助用グリップ(片側)3,250(×) ストッパー 4,750 高さ調節用台座 20,500						
		調 節 機 構	高さ調節		頭部支持部 体幹支持部 骨盤・大腿支持部 3,450(×) 足部支持部(片側) アームサポート(片側) 2,150(×)					
	前後調節		頭部支持部 骨盤・大腿支持部 3,500(×) 足部支持部(片側) 2,100(×)							
	角度調節		頭部支持部 4,050 テーブル 8,600							
脱着機構			体幹パッド(片側) 骨盤パッド(片側) 膝パッド(片側) アームサポート(片側)2,700(×) 内転防止パッド 7,600(×)							
開閉機構			アームサポート(片側) 足部支持部(片側) 2,700(×)							
特記事項										
合 計	(完成用部品を除く概算額)						円			
処方年月日	令和 年 月 日	処方変更	申請日 月 日			業者へ連絡 月 日				
担 当	Dr. CW		結果(可・否) 月 日			区へ連絡 月 日				

姿勢保持装置【部品】 処方箋(新規・再交付) ※ 車椅子 ・ 電動車椅子 に取付

令和7年4月1日改正

氏 名		歳				ケース番号	—			
医学的所見		(処方上 重要な点)								
基本価格	身体部位		頭・頸部	上肢(片側)	体 幹 部	骨盤・大腿部	下腿(片側)	足部(片側)	概算額	
	採寸		3,550	1,750	15,400	15,400	2,050			
	採型		6,000	4,200	28,500	28,500	—	—		
製作要素	支 持 部	頭部支え	9,700	—	—	—	—	—		
		上肢支え(片側)	—	3,750	—	—	—	—		
		前腕・手部支え(片側)	—	4,150	—	—	—	—		
		平面形状型	—	—	7,550	7,550	—	—		
		モールド型	—	—	53,400	53,400	モールド型 採寸で製作の場合は80%			
		張り調整型	—	—	15,500	15,500				
		下腿支え(片側)	—	—	—	—	2,750	—		
		足台(片側)	—	—	—	—	—	2,800		
		フレックス構造	6,700(×)							
	支持部の連結	固定	頸部 3,550 腰部(片側) 2,650 膝部(片側) 2,650 足部(片側) 2,650							
		遊動	腰部(片側) 3,850 膝部(片側) 3,850 足部(片側) 3,850							
		角度調整用部品	機械式 10,000 ガス圧式 11,400 電動式 77,300							
	構造フレーム		木材・金属 57,200 ティルト機構 6,150加算 昇降機構 8,500加算							
	付 属 品	テーブル	21,000 取付部品5,000 表面クッション張り 4,500加算							
		上肢保持部品	アームサポート(片側) 4,500(×) 肘パッド(片側) 2,850(×) 縦型グリップ(片側) 3,500(×) 横型グリップ(片側) 3,500(×)							
		体幹保持部品	頭頸部パッド5,050 肩パッド(片側) 4,550(×) 胸パッド 5,050(×) 胸受けロール6,950(×) 体幹パッド(片側) 3,900(×) 腰部パッド 4,600(×)							
		骨盤保持部品	骨盤パッド(片側) 2,800(×) 臀部パッド 4,700(×)							
		下肢保持部品	内転防止パッド 5,050(×) 外転防止パッド(片側) 2,850(×) 膝パッド ・ 下腿保持パッド(片側)4,300(×) 足部保持パッド(片側)3,250(×)							
		ベルト部品	肩ベルト(片側) 2,500(×) 腕ベルト(片側) ・ 手首ベルト(片側) 2,100(×) 胸ベルト4,350(×) 骨盤ベルト4,350(×) 股ベルト 4,700 大腿ベルト ・ 膝ベルト ・ 下腿ベルト ・ 足首ベルト (各片側) 2,350(×)							
		支持部カバー		3,050	1,650			1,650		1,650
			平面形状型	カバーの防止加工 1台につき8,100円加算		3,450	3,450			
			モールド型			10,300	10,300	脱着式 3,500円加算		
			張り調整型			4,150	4,150			
		内張り		アームサポート(片側) 1,850 テーブル 4,500						
		体圧分散補助素材		4,050	2,000	9,350	9,350	2,000		2,000
		キャスタ		1,650(×) 多機能キャスタ990加算(×)						
		その他		介助用グリップ(片側)3,250(×) ストッパー 4,750 高さ調節用台座 20,500						
		調 節 機 構	高さ調節	頭部支持部 体幹支持部 骨盤・大腿支持部 3,450(×) 足部支持部(片側) アームサポート(片側) 2,150(×)						
			前後調節	頭部支持部 骨盤・大腿支持部 3,500(×) 足部支持部(片側) 2,100(×)						
			角度調節	頭部支持部 4,050 テーブル 8,600						
脱着機構	体幹パッド(片側) 骨盤パッド(片側) 膝パッド(片側) アームサポート(片側)2,700(×) 内転防止パッド 7,600(×)									
開閉機構	アームサポート(片側) 足部支持部(片側) 2,700(×)									
特記事項										
合 計	(完成用部品を除く概算額)						円			
処方年月日	令和 年 月 日	処方変更	申請日 月 日			業者へ連絡 月 日				
担 当	Dr. CW		結果(可・否) 月 日			区へ連絡 月 日				

姿勢保持装置【部品】 処方箋(新規・再交付) ※ 車椅子 ・ 電動車椅子 に取付

令和7年4月1日改正

氏 名		歳			ケース番号	—					
医学的所見		(処方上 重要な点)									
基本価格	身体部位		頭・頸部	上肢(片側)	体 幹 部	骨盤・大腿部	下腿(片側)	足部(片側)	概算額		
	採寸		3,550	1,750	15,400	15,400	2,050				
	採型		6,000	4,200	28,500	28,500	—	—			
製作要素	支 持 部	頭部支え	9,700	—	—	—	—	—			
		上肢支え(片側)	—	3,750	—	—	—	—			
		前腕・手部支え(片側)	—	4,150	—	—	—	—			
		平面形状型	—	—	7,550	7,550	—	—			
		モールド型	—	—	53,400	53,400	モールド型 採寸で製作の場合は80%				
		張り調整型	—	—	15,500	15,500					
		下腿支え(片側)	—	—	—	—	2,750	—			
		足台(片側)	—	—	—	—	—	2,800			
		フレックス構造	6,700(×)								
	支持部の連結	固定	頸部 3,550	腰部(片側) 2,650	膝部(片側) 2,650	足部(片側) 2,650					
		遊動	腰部(片側) 3,850		膝部(片側) 3,850	足部(片側) 3,850					
		角度調整用部品	機械式 10,000	ガス圧式 11,400	電動式 77,300						
	構造フレーム		木材・金属 57,200	ティルト機構 6,150加算	昇降機構 8,500加算						
	付 属 品	テーブル	21,000	取付部品5,000	表面クッション張り 4,500加算						
		上肢保持部品	アームサポート(片側) 4,500(×) 肘パッド(片側) 2,850(×) 縦型グリップ(片側) 3,500(×) 横型グリップ(片側) 3,500(×)								
		体幹保持部品	頭頸部パッド5,050 肩パッド(片側) 4,550(×) 胸パッド 5,050(×) 胸受けロール6,950(×) 体幹パッド(片側) 3,900(×) 腰部パッド 4,600(×)								
		骨盤保持部品	骨盤パッド(片側) 2,800(×) 臀部パッド 4,700(×)								
		下肢保持部品	内転防止パッド 5,050(×) 外転防止パッド(片側) 2,850(×) 膝パッド ・ 下腿保持パッド(片側)4,300(×) 足部保持パッド(片側)3,250(×)								
		ベルト部品	肩ベルト(片側) 2,500(×) 腕ベルト(片側) ・ 手首ベルト(片側) 2,100(×) 胸ベルト4,350(×) 骨盤ベルト4,350(×) 股ベルト 4,700 大腿ベルト ・ 膝ベルト ・ 下腿ベルト ・ 足首ベルト (各片側) 2,350(×)								
		支持部カバー		3,050	1,650			1,650		1,650	
			平面形状型	カバーの防止加工 1台につき8,100円加算		3,450	3,450			脱着式 3,500円加算	
			モールド型			10,300	10,300				
			張り調整型			4,150	4,150				
		内張り		アームサポート(片側) 1,850 テーブル 4,500							
		体圧分散補助素材		4,050	2,000	9,350	9,350	2,000		2,000	
		キャスタ		1,650(×) 多機能キャスタ990加算(×)							
		その他		介助用グリップ(片側)3,250(×) ストッパー 4,750 高さ調節用台座 20,500							
		調 節 機 構	高さ調節	頭部支持部 体幹支持部 骨盤・大腿支持部 3,450(×) 足部支持部(片側) アームサポート(片側) 2,150(×)							
			前後調節	頭部支持部 骨盤・大腿支持部 3,500(×) 足部支持部(片側) 2,100(×)							
			角度調節	頭部支持部 4,050 テーブル 8,600							
	脱着機構		体幹パッド(片側) 骨盤パッド(片側) 膝パッド(片側) アームサポート(片側)2,700(×) 内転防止パッド 7,600(×)								
	開閉機構		アームサポート(片側) 足部支持部(片側) 2,700(×)								
特記事項											
合 計	(完成用部品を除く概算額)					円					
処方年月日	令和 年 月 日	処方変更	申請日 月 日			業者へ連絡 月 日					
担 当	Dr. CW		結果(可・否) 月 日			区へ連絡 月 日					

車椅子処方箋

令和7年4月1日改正

氏名			歳	ケース番号	—		
基本	標準 17,900 頭頸部加算(ヘッドサポート有) 3,550 レディメイドの場合は半額					概 算 額	
本体	自走用(モジュラー90,000 レディメイド(大・中・小)67,500 オーダーメイド112,500) 介助用(モジュラー85,000 レディメイド(大・中・小)63,750 オーダーメイド106,250)						
機構	リクライニング 30,500 ティルト 61,000 ティルト・リクライニング 88,200 リフト152,400						
クッション等	市販品	ウレタン単層	シート	張り調整式	8,650		
		多層立体編物構造		板張り(座板不可)	6,800		
		ゲルウレタン		奥行調整	18,500		
		フローテーションパッド					
	オーダー	バルブ開閉式	ヘッドサポート	着脱式	17,300		
		特殊空気室構造		マルチタイプ	29,500		
		その他()		枕がオーダーの場合	4,900		
				枕	オーダーメイド 11,200 レディメイド 6,300		
		平面形状型	14,500	ブレーキ	介助用ブレーキ		17,400
		モールド型	56,500		フットブレーキ		17,300
多層/立体構造		3,000	延長レバー(右・左)		1,750		
ゲル		9,850					
バックサポート	滑り止め加工	2,050	駆動輪キャスタ	着脱式	10,800		
	防水加工	8,100		車軸位置調整	17,500		
	座板	5,000		片手駆動	37,200		
	座板(クッション一体型・クッション併用不可)	8,000		レバー駆動	60,000		
		張り調整式	8,650	ハンドリム	ノーパンクタイヤ	9,100	
		背折れ構造	8,500		キャンバー角度調整	11,000	
		頭頸部まで延長	10,000		キャスタ(衝撃吸収タイプ)	15,000	
		ワイドフレーム	14,000		ステンレス	6,000(x2)	
		高さ調整構造	13,100		アルミ	5,000(x2)	
		背座角度調整構造	17,600		片手駆動	3,300	
アームサポート	背クッション	14,500		滑り止めハンドリム	6,000(x2)		
	背クッション滑り止め加工	2,050					
フットレックサポート	固定式(独立型)	5,000(x2)	杖たて	一本杖	3,250(x)		
	着脱式	6,550(x2)		多脚つえ	6,000(x)		
	跳ね上げ式	6,750(x2)		スポークカバー	4,450(x2)		
	高さ調整	3,600(x2)		テーブル	11,800		
	角度調整	7,650(x2)		テーブル取付部品(片側)	5,000(x)		
	幅広加工・延長加工	3,900(x)		泥よけ	6,550(x2)		
フットサポート	着脱式	6,250(x2)	その他	転倒防止装置(パイプ)	4,050(x2)		
	開閉着脱式	7,350(x2)		転倒防止(キャスタ付)	6,400(x2)		
	拳上式	8,550(x2)		転倒防止(キャスタ+折りたたみ式)	9,400(x2)		
	拳上・開閉着脱式	11,100(x2)		搭載台	32,600		
	レッグベルト全面張り	4,000		酸素ボンベ固定装置	14,100		
				栄養バック取付用ガードル架	11,000		
基本構造	セパレート式(二重折込式)	4,300		点滴ポール	11,300		
	中折れ式	5,000		高さ調整式手押しハンドル	4,250(x2)		
	ヒールループ	3,600(x)		日よけ	15,000		
	アンクルストラップ	3,600(x)		雨よけ	15,000		
	ステップカバー	4,000(x)		車載固定部品	3,250(x)		
	フットサポート調整(前後・角度・左右)	1,600(x)		ベルト(胸・骨盤)	4,350(x)		
	前方大車輪	8,800			重複控除分()	△	
	6輪構造	37,700					
	幅止め	6,000					
特記事項						合計	円
適合判定(現物検収・本人の来所要)							
処方年月日	令和 年 月 日	処方変更	申請日	月 日	業者へ連絡	月 日	
担当	Dr CW		結果(可・否)	月 日	区へ連絡	月 日	

車椅子処方箋

令和7年4月1日改正

氏名			歳	ケース番号	—	
基本	標準 17,900 頭頸部加算(ヘッドサポート有) 3,550 レディメイドの場合は半額					概 算 額
本体	自走用(モジュラー90,000 レディメイド(大・中・小)67,500 オーダーメイド112,500) 介助用(モジュラー85,000 レディメイド(大・中・小)63,750 オーダーメイド106,250)					
機構	リクライニング 30,500 ティルト 61,000 ティルト・リクライニング 88,200 リフト152,400					
クッション等	市販品	ウレタン単層	シート	張り調整式	8,650	
		多層立体編物構造		板張り(座板不可)	6,800	
		ゲルウレタン		奥行調整	18,500	
		フローテーションパッド				
	オーダー	バルブ開閉式	ヘッドサポート	着脱式	17,300	
		特殊空気室構造		マルチタイプ	29,500	
		その他()		枕がオーダーの場合	4,900	
				枕	オーダーメイド 11,200 レディメイド 6,300	
		平面形状型 14,500	ブレーキ	介助用ブレーキ	17,400	
		モールド型 56,500		フットブレーキ	17,300	
多層/立体構造 3,000		延長レバー(右・左)		1,750		
ゲル 9,850						
バックサポート	滑り止め加工 2,050	駆動輪キャスタ	着脱式	10,800		
	防水加工 8,100		車軸位置調整	17,500		
	座板 5,000		片手駆動	37,200		
	座板(クッション一体型・クッション併用不可) 8,000		レバー駆動	60,000		
		張り調整式 8,650	ハンドリム	ノーパンクタイヤ	9,100	
		背折れ構造 8,500		キャンバー角度調整	11,000	
		頭頸部まで延長 10,000		キャスタ(衝撃吸収タイプ)	15,000	
		ワイドフレーム 14,000		ステンレス 6,000(x2)		
		高さ調整構造 13,100		アルミ 5,000(x2)		
		背座角度調整構造 17,600		片手駆動 3,300		
	背クッション 14,500		滑り止めハンドリム 6,000(x2)			
	背クッション滑り止め加工 2,050					
アームサポート	固定式(独立型) 5,000(x2)	杖たて	一本杖 3,250(x)			
	着脱式 6,550(x2)		多脚つえ 6,000(x)			
	跳ね上げ式 6,750(x2)	その他	スポークカバー 4,450(x2)			
	高さ調整 3,600(x2)		テーブル 11,800			
	角度調整 7,650(x2)		テーブル取付部品(片側) 5,000(x)			
	幅広加工・延長加工 3,900(x)		泥よけ 6,550(x2)			
フットレックサポート	着脱式 6,250(x2)		転倒防止装置(パイプ) 4,050(x2)			
	開閉着脱式 7,350(x2)		転倒防止(キャスタ付) 6,400(x2)			
	拳上式 8,550(x2)		転倒防止(キャスタ+折りたたみ式) 9,400(x2)			
	拳上・開閉着脱式 11,100(x2)		搭載台 32,600			
	レッグベルト全面張り 4,000		酸素ボンベ固定装置 14,100			
			栄養バック取付用ガードル架 11,000			
フットサポート	セパレート式(二重折込式) 4,300		点滴ポール 11,300			
	中折れ式 5,000		高さ調整式手押しハンドル 4,250(x2)			
	ヒールループ 3,600(x)		日よけ 15,000			
	アングルストラップ 3,600(x)		雨よけ 15,000			
	ステップカバー 4,000(x)		車載固定部品 3,250(x)			
	フットサポート調整(前後・角度・左右) 1,600(x)		ベルト(胸・骨盤) 4,350(x)			
基本構造	前方大車輪 8,800		重複控除分()	△		
	6輪構造 37,700					
	幅止め 6,000					
特記事項					合計	円
適合判定(現物検収・本人の来所要)						
処方年月日	令和 年 月 日	処方変更	申請日 月 日	業者へ連絡 月 日		
担当	Dr CW		結果(可・否) 月 日	区へ連絡 月 日		

簡易形電動車椅子処方箋

令和7年4月1日改正

氏名			歳	ケース番号	—	
基本	標準 20,400 頭頸部加算(ヘッドサポート有) 3,550 レディメイドの場合は半額					概 算 額
本体	自走用(モジュラー90,000 レディメイド(大・中・小)67,500 オーダーメイド112,500) 介助用(モジュラー85,000 レディメイド(大・中・小)63,750 オーダーメイド106,250) 切替式 393,900 アシスト式 412,600					
機構	リクライニング30,500 ティルト 61,000 ティルト・リクライニング 88,200 リフト 152,400					
操作	ジョイスティックばね圧変更 7,950 レバーノブ(小、球など) 7,500 レバーノブ(U、T字など) 10,500 スイッチ延長 1,050		バッテリー	リチウムイオン 標準 ニッケル水素 ▲37,000		
クッション等	市販品	ウレタン単層		シート	張り調整式 8,650	
		多層立体編物構造			板張り(座板不可) 6,800	
		ゲルウレタン			奥行調整 18,500	
		フローテーションパッド				
	オーダー	バルブ開閉式		ヘッドサポート	着脱式 17,300	
		特殊空気室構造			マルチタイプ 29,500	
		その他()			枕がオーダーの場合 4,900	
		平面形状型 14,500		ブレーキ	枕 オーダーメイド 11,200	
		モールド型 56,500			レディメイド 6,300	
多層/立体構造 3,000						
ゲル 9,850						
	滑り止め加工 2,050		駆動輪	介助用ブレーキ 17,400		
	防水加工 8,100			フットブレーキ(介助者用) 17,300		
	座板 5,000			延長レバー(右・左) 1,750		
	座板(クッション一体型・クッション併用不可) 8,000					
バックサポート	張り調整式 8,650		杖たて	着脱式 10,800		
	背折れ構造 8,500			車軸位置調整 17,500		
	頭頸部まで延長 10,000			キャスタ(衝撃吸収タイプ) 15,000		
	ワイドフレーム 14,000			ノーパンクタイヤ 9,100		
	高さ調整構造 13,100			一本杖 3,250(x)		
	背座角度調整構造 17,600			多脚つえ 6,000(x)		
	背クッション 14,500					
	背クッション滑り止め加工 2,050					
アームサポート	固定式(独立型) 5,000(x2)		その他	滑り止めハンドリム 6,000(x2)		
	着脱式 6,550(x2)			スポークカバー 4,450(x2)		
	跳ね上げ式 6,750(x2)			テーブル 11,800		
	高さ調整 3,600(x2)			テーブル取付部品(片側) 5,000(x)		
フットレッグサポート	角度調整 7,650(x2)			泥よけ 6,550(x2)		
	幅広加工・延長加工 3,900(x)			搭載台 32,600		
				酸素ボンベ固定装置 14,100		
				栄養パック取付用ガードル架 11,000		
フットサポート	着脱式 6,250(x2)			点滴ボール 11,300		
	開閉着脱式 7,350(x2)			高さ調整式手押しハンドル 4,250(x2)		
	拳上式 8,550(x2)			日よけ 15,000		
	拳上・開閉着脱式 11,100(x2)			雨よけ 15,000		
	レッグベルト全面張り 4,000			車載固定部品 3,250(x)		
				幅止め 6,000		
				ベルト(胸・骨盤) 4,350(x)		
				重複控除分() △.....		
特記事項						合計
	適合判定(現物検収・本人の来所要)					円
処方年月日	令和 年 月 日	処方変更	申請日	月 日	業者へ連絡	月 日
担当	Dr CW		結果(可・否)	月 日	区へ連絡	月 日

簡易形電動車椅子処方箋

令和7年4月1日改正

氏名			歳	ケース番号	—	
基本	標準 20,400 頭頸部加算(ヘッドサポート有) 3,550 レディメイドの場合は半額					概 算 額
本体	自走用(モジュラー90,000 レディメイド(大・中・小)67,500 オーダーメイド112,500) 介助用(モジュラー85,000 レディメイド(大・中・小)63,750 オーダーメイド106,250) 切替式 393,900 アシスト式 412,600					
機構	リクライニング30,500 ティルト 61,000 ティルト・リクライニング 88,200 リフト 152,400					
操作	ジョイスティックばね圧変更 7,950 レバーノブ(小、球など) 7,500 レバーノブ(U、T字など) 10,500 スイッチ延長 1,050		バッテリー	リチウムイオン 標準 ニッケル水素 ▲37,000		
クッション等	市販品	ウレタン単層		シート	張り調整式 8,650	
		多層立体編物構造			板張り(座板不可) 6,800	
		ゲルウレタン			奥行調整 18,500	
		フローテーションパッド				
	オーダー	バルブ開閉式		ヘッドサポート	着脱式 17,300	
		特殊空気室構造			マルチタイプ 29,500	
		その他()			枕がオーダーの場合 4,900	
		平面形状型 14,500		ブレーキ	枕 オーダーメイド 11,200	
		モールド型 56,500			レディメイド 6,300	
多層/立体構造 3,000						
ゲル 9,850						
	滑り止め加工 2,050		駆動輪	介助用ブレーキ 17,400		
	防水加工 8,100			フットブレーキ(介助者用) 17,300		
	座板 5,000			延長レバー(右・左) 1,750		
	座板(クッション一体型・クッション併用不可) 8,000					
バックサポート	張り調整式 8,650		杖たて	着脱式 10,800		
	背折れ構造 8,500			車軸位置調整 17,500		
	頭頸部まで延長 10,000			キャスタ(衝撃吸収タイプ) 15,000		
	ワイドフレーム 14,000			ノーパンクタイヤ 9,100		
	高さ調整構造 13,100			一本杖 3,250(x)		
	背座角度調整構造 17,600			多脚つえ 6,000(x)		
	背クッション 14,500					
	背クッション滑り止め加工 2,050					
アームサポート	固定式(独立型) 5,000(x2)		その他	滑り止めハンドリム 6,000(x2)		
	着脱式 6,550(x2)			スポークカバー 4,450(x2)		
	跳ね上げ式 6,750(x2)			テーブル 11,800		
	高さ調整 3,600(x2)			テーブル取付部品(片側) 5,000(x)		
フットレッグサポート	角度調整 7,650(x2)			泥よけ 6,550(x2)		
	幅広加工・延長加工 3,900(x)			搭載台 32,600		
				酸素ボンベ固定装置 14,100		
				栄養パック取付用ガードル架 11,000		
フットサポート	着脱式 6,250(x2)			点滴ボール 11,300		
	開閉着脱式 7,350(x2)			高さ調整式手押しハンドル 4,250(x2)		
	拳上式 8,550(x2)			日よけ 15,000		
	拳上・開閉着脱式 11,100(x2)			雨よけ 15,000		
	レッグベルト全面張り 4,000			車載固定部品 3,250(x)		
				幅止め 6,000		
				ベルト(胸・骨盤) 4,350(x)		
				重複控除分() △.....		
特記事項						合計
	適合判定(現物検収・本人の来所要)					円
処方年月日	令和 年 月 日	処方変更	申請日	月 日	業者へ連絡	月 日
担当	Dr CW		結果(可・否)	月 日	区へ連絡	月 日

標準形(簡易形を除く)電動車椅子処方箋

令和7年4月1日改正

氏名			歳	ケース番号	—		
基本	標準 20,400 頭頸部加算(ヘッドサポート有) 3,550 レディメイドの場合は半額					概 算 額	
本体	低速用(4.5km/h)モジュラー486,300 レディメイド 364,725 オーダーメイド 607,875 中速用(6.0km/h)モジュラー502,300 レディメイド 376,725 オーダーメイド 627,875						
機構	電動ティルト・リクライニング 732,400 電動リクライニング 134,000 電動リフト 433,000 電動ティルト 281,000 手動リクライニング 32,500						
操作	ジョイスティックばね圧変更 7,950 レバーノブ(小、球など) 7,500 レバーノブ(U、T字など) 10,500 スイッチ延長 1,050		バッテリー	シールド 標準 リチウムイオン 62,300			
クッション等	市販品	ウレタン単層		シート	スリング式 4,200		
		多層立体編物構造			張り調整式 12,900		
		ゲルウレタン			奥行調整 18,500		
		フローテーションパッド					
	オーダー	バルブ開閉式		ヘッドサポート	着脱式 17,300		
		特殊空気室構造			マルチタイプ 29,500		
		その他()			枕がオーダーの場合 4,900		
		平面形状型 14,500			枕	オーダーメイド 11,200	
		モールド型 56,500				レディメイド 6,300	
		多層/立体構造 3,000					
ゲル 9,850							
バックサポート	滑り止め加工 2,050		タイヤ	ノーパンク(キャスト) 12,000			
	防水加工 8,100			ノーパンク(タイヤ) 12,000			
	座板 5,000						
	座板(クッション一体型・クッション併用不可) 8,000						
アームサポート	座板 5,000		杖たて	一本杖 3,250(x)			
	背クッション 14,500			多脚つえ 6,000(x)			
	背クッション滑り止め加工 2,050						
フット・レッグサポート	固定式(独立型) 5,000(x2)		その他	テーブル 11,800			
	着脱式 6,550(x2)			テーブル取付部品(片側) 5,000(x)			
	跳ね上げ式 6,750(x2)			搭載台 32,600			
	高さ調整構造 3,600(x2)			酸素ボンベ固定装置 14,100			
フットサポート	角度調整構造 7,650(x2)		重複控除分()	栄養バック取付用ガードル架 11,000			
	幅広加工・延長加工 3,900(x)			点滴ボール 11,300			
	挙上式 8,550(x2)			車載固定部品 3,250(x)			
	着脱式 6,250(x2)			ベルト(胸・骨盤) 4,350(x)			
担当	開閉着脱式 7,350(x2)		△.....				
	挙上・開閉着脱式 11,100(x2)						
	レッグベルト全面張り 4,000						
	セパレート式(二重折込式) 4,300						
処方	金属製 15,000		令和 年 月 日	申請日 月 日			
	ヒールループ 3,600(x)			業者へ連絡 月 日			
	アングルストラップ 3,600(x)			結果(可・否) 月 日			
	ステップカバー 4,000(x)			区へ連絡 月 日			
令和 年 月 日	フットサポート調整(前後・角度・左右) 1,600(x)		Dr	CW			
特記事項					合計	円	
適合判定(現物検収・本人の来所要)							

標準形(簡易形を除く)電動車椅子処方箋

令和7年4月1日改正

氏名			歳	ケース番号	—					
基本	標準 20,400 頭頸部加算(ヘッドサポート有) 3,550 レディメイドの場合は半額					概 算 額				
本体	低速用(4.5km/h)モジュラー486,300 レディメイド 364,725 オーダーメイド 607,875 中速用(6.0km/h)モジュラー502,300 レディメイド 376,725 オーダーメイド 627,875									
機構	電動ティルト・リクライニング 732,400 電動リクライニング 134,000 電動リフト 433,000 電動ティルト 281,000 手動リクライニング 32,500									
操作	ジョイスティックばね圧変更 7,950 レバーノブ(小、球など) 7,500 レバーノブ(U、T字など) 10,500 スイッチ延長 1,050		バッテリー	シールド 標準 リチウムイオン 62,300						
クッション等	市販品	ウレタン単層		シート	スリング式 4,200					
		多層立体編物構造			張り調整式 12,900					
		ゲルウレタン			奥行調整 18,500					
		フローテーションパッド		ヘッドサポート	着脱式 17,300					
	バルブ開閉式		マルチタイプ 29,500							
	特殊空気室構造		枕がオーダーの場合 4,900							
	オーダー	平面形状型 14,500		枕	オーダーメイド 11,200					
		モールド型 56,500			レディメイド 6,300					
		多層/立体構造 3,000		タイヤ	ノーパンク(キャスト) 12,000					
		ゲル 9,850			ノーパンク(タイヤ) 12,000					
滑り止め加工 2,050										
バックサポート	防水加工 8,100		杖たて	一本杖 3,250(x)						
	座板 5,000			多脚つえ 6,000(x)						
	座板(クッション一体型・クッション併用不可) 8,000									
アームサポート	張り調整式 8,650		その他	テーブル 11,800						
	頭頸部まで延長 10,000			テーブル取付部品(片側) 5,000(x)						
	ワイドフレーム 14,000			搭載台 32,600						
	高さ調整構造 13,100			酸素ボンベ固定装置 14,100						
	背座角度調整構造 17,600			栄養バック取付用ガードル架 11,000						
	背折れ構造 8,500			点滴ボール 11,300						
	背クッション 14,500			車載固定部品 3,250(x)						
	背クッション滑り止め加工 2,050			ベルト(胸・骨盤) 4,350(x)						
フット・レッグサポート	固定式(独立型) 5,000(x2)									
	着脱式 6,550(x2)									
	跳ね上げ式 6,750(x2)									
	高さ調整構造 3,600(x2)									
	角度調整構造 7,650(x2)									
フットサポート	幅広加工・延長加工 3,900(x)									
	挙上式 8,550(x2)									
	着脱式 6,250(x2)									
	開閉着脱式 7,350(x2)									
	挙上・開閉着脱式 11,100(x2)									
	レッグベルト全面張り 4,000									
フットサポート	セパレート式(二重折込式) 4,300									
	金属製 15,000									
	ヒールループ 3,600(x)									
	アンクルストラップ 3,600(x)									
	ステップカバー 4,000(x)									
	フットサポート調整(前後・角度・左右) 1,600(x)			重複控除分() △.....						
特記事項						合計	円			
適合判定(現物検収・本人の来所要)										
処方 年 月 日	令 和	年	月	日	処方 申請日	月	日	業者へ連絡	月	日
担 当	Dr	CW	処方 変更	結果(可・否)	月	日	区へ連絡	月	日	

(様式第 8 号の 1)

保福第 号
年 月 日

申請者住所

申請者氏名 様

大阪市 区保健福祉センター所長

住所

大阪市 区保健福祉センター

保健福祉課 ()

電話

FAX

補装具費支給決定通知書

先に申請のありました補装具費支給申請については、次のとおり支給決定いたしました。

記

1 対象者氏名

対象者住所

対象者生年月日

支給券番号

支給決定年月日

2 補装具業者名称

補装具業者所在地

3 公費負担額

利用者負担額

(月額負担上限額 円)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)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6か月以内に、大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。)

(様式第 8 号の 1)

保福第 号
年 月 日

申請者住所

申請者氏名

様

大阪市 区保健福祉センター所長

住所

大阪市 区保健福祉センター

保健福祉課 ()

電話

FAX

補装具費支給決定通知書

先に申請のありました補装具費支給申請については、次のとおり支給決定いたしました。

記

1 対象者氏名

対象者住所

対象者生年月日

支給券番号

支給決定年月日

2 補装具業者名称

補装具業者所在地

3 公費負担額

利用者負担額

(月額負担上限額 円)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると審査請求することができなくなります。)

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)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 6 か月以内に、大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると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。)

保福第 号
年 月 日

申請者住所

申請者氏名 様

大阪市 区保健福祉センター所長

住所

大阪市 区保健福祉センター

保健福祉課 ()

電話

FAX

補装具費支給決定通知書

先に申請のありました補装具費支給申請については、次のとおり支給決定いたしました。

記

1 対象者氏名

対象者住所

対象者生年月日

貸与種目

貸与対象期間 年 月 から 年 月 日まで

2 補装具貸与業者名称

補装具貸与業者所在地

3 負担額

	公費負担額	利用者負担額
年 月 日から 年 月 日分	円/月	円/月
年 月 日から 年 月 日分	円/月	円/月
年 月 日から 年 月 日分	円/月	円/月

(月額負担上限額 円)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)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6か月以内に、大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。)

保福第 号
年 月 日

申請者住所

申請者氏名 様

大阪市 区保健福祉センター所長

住所

大阪市 区保健福祉センター

保健福祉課 ()

電話

FAX

補装具費支給決定通知書

先に申請のありました補装具費支給申請については、次のとおり支給決定いたしました。

記

1 対象者氏名

対象者住所

対象者生年月日

貸与種目

貸与対象期間 年 月 から 年 月 日まで

2 補装具貸与業者名称

補装具貸与業者所在地

3 負担額

						公費負担額	利用者負担額
年	月	日から	年	月	日分	円/月	円/月
年	月	日から	年	月	日分	円/月	円/月
年	月	日から	年	月	日分	円/月	円/月

(月額負担上限額 円)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)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6か月以内に、大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。)

補装具費支給券（身体障がい者・児童）			
支給券番号	第	号	支給決定年月日
対象者氏名		生	年 月 日
対象者住所			
申請者氏名			
申請者住所			
種 目			
修 理 部 位			
補装具業者	名 称		
	所在地		
基 準 額		公 費 負 担 額	
利用者負担額		月額負担上限額	
負担額納付期日	現品の引渡し日		
有 効 期 限	利用者が業者に提出する期限		
	業者の補装具費請求期限		
<p>年 月 日</p> <p>大阪市 区保健福祉センター所長</p>			
適合判定審査	年 月 日	判定員氏名	
受領年月日	年 月 日	受領者氏名	
<p>委 任 状</p> <p>年 月 日</p> <p>私は、本支給券による補装具費の請求及び受領を上記の補装具事業者に委任いたします。</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p>			

※請求及び受領ができるのは、大阪市の補装具費代理受領登録事業者のみです。

補装具費支給券（身体障がい者・児童）			
支給券番号	第	号	支給決定年月日
対象者氏名		生	年 月 日
対象者住所			
申請者氏名			
申請者住所			
種 目			
修 理 部 位			
補装具業者	名 称		
	所在地		
基 準 額		公 費 負 担 額	
利用者負担額		月額負担上限額	
負担額納付期日	現品の引渡し日		
有 効 期 限	利用者が業者に提出する期限		
	業者の補装具費請求期限		
<div>年 月 日</div> <div>大阪市 区保健福祉センター所長</div>			
適合判定審査	年 月 日	判定員氏名	
受領年月日	年 月 日	受領者氏名	
<div>委 任 状</div> <div>年 月 日</div> <p>私は、本支給券による補装具費の請求及び受領を上記の補装具事業者に委任いたします。</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p>			

※請求及び受領ができるのは、大阪市の補装具費代理受領登録事業者のみです。

補装具費支給券（身体障がい者・障がい児）

年 月 日～ 年 月 日分

支 給 券 番 号	第	号	支給決定年月日	年 月 日
対 象 者 氏 名			生 年 月 日	年 月 日
対 象 者 住 所				
申 請 者 氏 名				
申 請 者 住 所				
貸 与 種 目				
貸 与 対 象 期 間	年 月 日から 年 月 日まで			
補装具貸与業者	名 称			
	所在地			
貸 与 基 準 額 (月 額)			公 費 負 担 額 (月 額)	
利 用 者 負 担 額 (月 額)			負 担 上 限 額 (月 額)	
負 担 額 納 付 期 日	貸与用具返却日			
有 効 期 限	利用者が業者に提出する期限	貸与開始日		
	業者の補装具費請求期限	貸与期間終了後1か月以内		
年 月 日 大阪市 区保健福祉センター所長				
適 合 判 定 審 査	年 月 日		判 定 員 氏 名	
受 領 年 月 日	年 月 日		受 領 者 氏 名	
委 任 状 年 月 日 私は、本支給券による補装具費の請求及び受領を上記の補装具事業者に委任いたします。 住 所 _____ 氏 名 _____				

※請求及び受領ができるのは、大阪市の補装具費代理受領登録事業者のみです。

補装具費支給券（身体障がい者・障がい児）

年 月 日～ 年 月 日分

支給券番号	第	号	支給決定年月日	年	月	日
対象者氏名			生年月日	年	月	日
対象者住所						
申請者氏名						
申請者住所						
貸与種目						
貸与対象期間	年 月 日から		年 月 日まで			
補装具貸与業者	名称					
	所在地					
貸与基準額 （月額）			公費負担額 （月額）			
利用者負担額 （月額）			負担上限額 （月額）			
負担額納付期日	貸与用具返却日					
有効期限	利用者が業者に提出する期限		貸与開始日			
	業者の補装具費請求期限		貸与期間終了後1か月以内			
年 月 日 大阪市 区保健福祉センター所長						
適合判定審査	年 月 日		判定員氏名			
受領年月日	年 月 日		受領者氏名			
委任状 年 月 日 私は、本支給券による補装具費の請求及び受領を上記の補装具事業者に委任いたします。 住 所 _____ 氏 名 _____						

※請求及び受領ができるのは、大阪市の補装具費代理受領登録事業者のみです。

補装具費支給券（身体障がい者・障がい児）

年 月 日～ 年 月 日分

支給券番号	第	号	支給決定年月日	年 月 日
対象者氏名			生 年 月 日	年 月 日
対象者住所				
申請者氏名				
申請者住所				
貸与種目				
貸与対象期間	年 月 日から 年 月 日まで			
補装具貸与業者	名称			
	所在地			
貸与基準額 (月額)			公費負担額 (月額)	
利用者負担額 (月額)			負担上限額 (月額)	
負担額納付期日	貸与用具返却日			
有効期限	利用者が業者に提出する期限		貸与開始日	
	業者の補装具費請求期限		貸与期間終了後1か月以内	
年 月 日 大阪市 区保健福祉センター所長				
受領年月日	年 月 日		受領者氏名	
返却年月日	年 月 日	申請者氏名		
		業者名		
委任状 年 月 日 私は、本支給券による補装具費の請求及び受領を上記の補装具事業者に委任いたします。 住所 _____ 氏名・印 _____				

※請求及び受領ができるのは、大阪市の補装具費代理受領登録事業者のみです。

補装具費支給券（身体障がい者・障がい児）

年 月 日～ 年 月 日分

支 給 券 番 号	第	号	支給決定年月日	年 月 日
対 象 者 氏 名			生 年 月 日	年 月 日
対 象 者 住 所				
申 請 者 氏 名				
申 請 者 住 所				
貸 与 種 目				
貸 与 対 象 期 間	年 月 日から 年 月 日まで			
補装具貸与業者	名 称			
	所在地			
貸 与 基 準 額 (月 額)			公 費 負 担 額 (月 額)	
利 用 者 負 担 額 (月 額)			負 担 上 限 額 (月 額)	
負 担 額 納 付 期 日	貸与用具返却日			
有 効 期 限	利用者が業者に提出する期限		貸与開始日	
	業者の補装具費請求期限		貸与期間終了後1か月以内	
年 月 日 大阪市 区保健福祉センター所長				
受 領 年 月 日	年 月 日		受 領 者 氏 名	
返 却 年 月 日	年 月 日	申 請 者 氏 名		
		業 者 名		
<div style="text-align: center;">委 任 状</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <p>私は、本支給券による補装具費の請求及び受領を上記の補装具事業者に委任いたします。</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 ・ 印 _____</p>				

※請求及び受領ができるのは、大阪市の補装具費代理受領登録事業者のみです。

(様式第 10 号の 1)

保福第 号
年 月 日

申請者住所

申請者氏名 様

大阪市 区保健福祉センター 所長
住所
大阪市 区保健福祉センター
保健福祉課 ()
電話
FAX

補装具費却下通知書

先に申請のありました補装具費支給申請については、次の理由により却下することに決定いたしましたので通知します。

記

1 対象者氏名
対象者住所

2 申 請 事 項

(1) 申請年月日

(2) 補装具費支給に関する事項

(3) 利用者負担減免・免除に関する事項

3 却下の理由

(理由の詳細は別紙のとおり)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)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6か月以内に、大阪市長を被告として(訴訟において大阪市長を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。)

(様式第 10 号の 1)

保福第 号
年 月 日

申請者住所

申請者氏名 様

大阪市 区保健福祉センター 所長
住所
大阪市 区保健福祉センター
保健福祉課 ()
電話
FAX

補装具費却下通知書

先に申請のありました補装具費支給申請については、次の理由により却下することに決定いたしましたので通知します。

記

1 対象者氏名

対象者住所

2 申 請 事 項

(1) 申請年月日

(2) 補装具費支給に関する事項

(3) 利用者負担減免・免除に関する事項

3 却下の理由

(理由の詳細は別紙のとおり)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)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6か月以内に、大阪市長を被告として(訴訟において大阪市長を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。)

(様式第 10 号の 2)

保福第 号
年 月 日

申請者住所

申請者氏名 様

大阪市 区保健福祉センター 所長
住所
大阪市 区保健福祉センター
保健福祉課 ()
電話
FAX

補装具費支給却下通知書

先に申請のありました補装具費支給申請については、次の理由により却下することに決定いたしましたので通知します。

記

1 対象者氏名

対象者住所

2 申 請 事 項

(1) 申請年月日

(2) 補装具費支給に関する事項

(3) 利用者負担減免・免除に関する事項

3 却下の理由

(理由の詳細は別紙のとおり)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)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6か月以内に、大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。)

(様式第 10 号の 2)

保福第 号
年 月 日

申請者住所

申請者氏名 様

大阪市 区保健福祉センター 所長
住所
大阪市 区保健福祉センター
保健福祉課 ()
電話
FAX

補装具費支給却下通知書

先に申請のありました補装具費支給申請については、次の理由により却下することに決定いたしましたので通知します。

記

1 対象者氏名

対象者住所

2 申 請 事 項

(1) 申請年月日

(2) 補装具費支給に関する事項

(3) 利用者負担減免・免除に関する事項

3 却下の理由

(理由の詳細は別紙のとおり)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)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6か月以内に、大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。)

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。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療担当科

作成医師氏名

記

【患者情報】

氏 名

生年月日 年 月 日 年齢 歳

住 所

身体障がい者手帳において認定された障がい名と等級

(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。

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。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療担当科

作成医師氏名

記

【患者情報】

氏 名

生年月日 年 月 日 年齢 歳

住 所

身体障がい者手帳において認定された障がい名と等級

(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。