

補装具費支給意見書

(重度障害者用
意思伝達装置用)

氏 名		年 月 日 生 () 歳	
障害名および原因となった疾病・外傷名			
※障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当 (☐ する・ ☐ しない)			
対象者	重度の両上下肢および音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。 難病患者等については、音声・言語機能障害および神経・筋疾患である者。		
障害・疾患等の状況			
(注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状の変動状況や日内 変動についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な理由についても記載する。)			
上肢		進行性疾患： ☐ 該当 ☐ 非該当	
下肢		支給決定手続： ☐ 迅速 ☐ 一般	
音声・言語（発声・発語、言語の理解）			
意 思 伝 達 能 力 障 害 (有 ・ 無)			
必要と認める補装具	補装具の種目、名称		
	重度障害者用意思伝達装置 ☐ 文字等走査入力方式 プリンタ ☐ 必要 ☐ 不要 ☐ 生体現象方式		
	処 方 (注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるように記載する。)		
	入力装置（以下の方式より一つを選択） ☐ 接点式 ☐ 帯電式 ☐ 筋電式 ☐ 光電式 ☐ 呼気式 ☐ 圧電素子式 ☐ 空気圧式 ☐ 視線検出式 身体状況に応じて必要となるその他の付属品 ()		
	使用効果見込み (注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるように記載する。)		
試行期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
試行の結果			
上記のとおり意見する			
年 月 日			
病院又は診療所名			
所 在 地			
診療担当科名			
作成医師氏名			