**補 装 具 費 支 給 意 見 書**

**（眼鏡）**

□新規　□再支給（□耐用年数経過　□耐用年数内）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名古屋市

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 男・女 |  Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　 年　　　月　　　日生　　　歳 |
| 保護者氏名（１８歳未満の場合） | １　障害名 |
| ２　障害等級 |
| ３　原因疾患（難病含む） | 　 | □交通　□労災　□その他の事故　□戦傷　□戦災□疾病　□先天性　□その他（　　　　　　　　　） |
| 発生年月日　　　年　　　月　　　日 |
| ４　経過と現症（注：下記補装具の必要性がわかるように明確に記載する。難病患者等については、身体症状の特性や日内変動の状況等を記載し、迅速な手続が必要な場合はその理由も記載する。） | 進行性疾患：□ 該 当□ 非該当支給決定手続：□ 迅 速□ 一 般 |
| ５　現症状　　　遠用視力　　　　　右　＝　　　　　　(　　　　　×　　　　　　　　　　　)　　　 左　＝　　　　　　(　　　　　×　　　　　　　　　　　) |
| ６　補装具の種類　眼鏡　（該当する項目に☑をつけてください。）□ 矯正用　　【 □ 右 □ 左 】　【 □ 遠　用 □ 近　用 】　乱 視【 □ 有 □ 無 】□ 遮光用　　【 □ 右 □ 左 】　【 □ 屋外用 　□ 室内用 】　乱 視【 □ 有 　□ 無 】【 □ 前 掛 式 □ 掛けめがね式 】　　□ コンタクトレンズ 　【 □ 右 □ 左 】　【 □ 多段階レンズ □ 虹彩付きレンズ 】　　□ 弱視用　　□ 掛けめがね式　　【 □ 右 □ 左 】　【 □ 遠 用 □ 近 用 】　　　 　　　　　 　高倍率の必要性 【 □ 有 　□ 無 】□ 焦点調整式  |
| ７　使用効果見込み |

上記のとおり意見する

令和　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名

医　師　名

裏面あり

＜記入上の注意事項＞

* 処方箋は必ず添付してください。
* この書類の内容を審査し、補装具支給の適否を判定しますので、お手数ですが、できる限り詳細にご記入ください。
* 矯正用眼鏡・コンタクトレンズ･弱視用眼鏡は身体障害者手帳上、視力障害がある場合に支給されます。

身体障害者手帳上、視野障害のみでは、支給対象になりません。

* 弱視用眼鏡は、矯正用眼鏡・コンタクトレンズでは視力が出ない場合に支給されます。掛けめがね式高倍率は、職業上、教育上真に必要な場合に限られます。
* 遮光用眼鏡は、羞明を来しており、羞明の軽減に遮光用眼鏡の装用より優先される治療法がない場合で、次のいずれかが認められる場合に、支給対象になります。
1. まぶしさや白んだ感じが軽減する。
2. 文字や物などが見やすくなる。
3. 羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する。

④ 暗転時に遮光用眼鏡をはずすと暗順応が早くなる。

身体障害者手帳上、視力障害があれば遠用、近用が真に必要である場合のみ支給可能です。

* 難病患者の矯正眼鏡については、視力障害の身体障害者手帳を取得していない場合、視力障害に該当する程度の視力で、必要性が認められる場合に対象になります。