**補 装 具 費 支 給 意 見 書**

**（重度障害者用意思伝達装置）**

□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 |
| 進行性疾患（□該 当　□非該当） | 支給決定手続（□迅 速　□一 般） |
| ４　経過 |
| ５　現症（注：意思伝の必要性がわかるように明確に記載する。迅速な手続が必要な場合はその理由も記載する。）・上肢・下肢・体幹（姿勢保持能力等）・言語（コミュニケーション手段）・その他医学的管理状況（気管切開等）・意思伝達装置試用の期間・試用の評価（使用効果見込み。借受けが必要な場合は借受け期間も記載する。） |
| ６処方 | 事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名 | 機種名 |
| 本体 | □購入　□借受け□文字等走査入力方式□ソフトウェアが組み込まれた専用機器　　　　　　□簡易な環境制御機能が付加されたもの□高度な環境制御機能が付加されたもの□通信機能が付加されたもの□生体現象方式（生体現象を利用して「はい・いいえ」を判定するもの） |
| 付属品 | □固定台（□アーム式　□テーブル置き式　□自立スタンド式）□入力装置固定具　□呼び鈴　□呼び鈴分岐装置　　　　　　□接点式入力装置　□帯電式入力装置（□タッチ式入力装置　□ピンタッチ式先端部）□筋電式入力装置　□光電式入力装置　□呼気式（吸気式）入力装置□圧電素子式入力装置　□空気圧式入力装置　□視線検出式入力装置　□遠隔制御装置 |

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＞

・補装具費支給対象者は、原則として両上下肢機能全廃および言語機能を喪失した方で、コミュニケーション手段として必要があると認められる方です。

・貴院において、重度障害者用意思伝達装置の試用訓練等を実施されている場合は、その試用状況についてご記入ください。また、訓練等によって装置本体及び付属品の選定が済んでいる場合は処方欄にチェックのうえ機種名等をご記入ください。

・進行性疾患では、原則に限らない場合もありますので、身体障害者更生相談所にお問合せください。

・補装具は購入することが原則ですが、平成３０年４月１日より借受けについても支給対象となりました。借受けによることが適当な場合は次の場合に限ります。

　　①身体の成長に伴い、短期間で補装具の交換が必要であると認められる場合

　　②障害の進行により、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、複数の補装具等との比較検討が必要であると認められる場合

・借受けの対象となるのは重度障害者用意思伝達装置の本体です（付属品は対象となりません）。

・借受けが必要な場合はその理由、借受け期間及び効果が明確となるよう記載ください。

・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年を原則としています（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ます）。