

(別紙)

<正>

別表 1

○ 補装具の対象者について

種 目	名 称	対 象 者
電動車椅子	全般	学齢児以上であって、次のいずれかに該当する障害者・児であること。 ア 重度の下肢機能障害者であって、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない者。 イ 呼吸器機能障害、心臓機能障害、難病等で歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者であって、医学的所見から適応が可能な者 ※「電動車椅子に係る補装具費の支給について」参照

<誤>

別表 1

○ 補装具の対象者について

種 目	名 称	対 象 者
電動車椅子	全般	学齢児以上であって、次のいずれかに該当する障害者・児であること。 <u>なお、電動車椅子の特殊性を特に考慮し、少なくとも小 学校高学年以上を対象とすることが望ましいこと。</u> ア 重度の下肢機能障害者であって、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない者。 イ 呼吸器機能障害、心臓機能障害、難病等で歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者であって、医学的所見から適応が可能な者 ※「電動車椅子に係る補装具費の支給について」参照