

新	旧
<p style="text-align: center;">福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領</p> <p style="text-align: center;">福島県障がい者総合福祉センター</p> <p>1 (省略)</p> <p>2 (1) (省略)</p> <p>(2) センターの判定を必要としない補装具</p> <p>ア (省略)</p> <p>イ 市町村が申請書等で要否判断できる補装具</p> <p>(7) 視覚障害者安全つえ、車椅子（手押し型のレディメイド）及び歩行補助つえの新規支給、再支給又は修理</p> <p>(8) 殻構造義肢、装具、座位保持装置、車椅子（オーダーメイド及び手押し型以外のレディメイド）、歩行器、義眼、眼鏡、補聴器及び重度障害者用意思伝達装置に係る医学的所見を必要としない再支給（車椅子については、別表1において、「区分3」に掲げるものとする。）</p> <p>(9) すべての補装具に係る医学的所見を必要としない修理 <u>（人工内耳に係る人工内耳用音声信号処理装置修理を含む）</u></p> <p>3 ～ 10 (省略)</p> <p>附則 この要領は、平成18年10月1日から施行する (省略)</p> <p><u>附則</u> <u>この要領は、令和2年6月1日から施行する。</u></p>	<p style="text-align: center;">福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領</p> <p style="text-align: center;">福島県障がい者総合福祉センター</p> <p>1 (省略)</p> <p>2 (1) (省略)</p> <p>(2) センターの判定を必要としない補装具</p> <p>ア</p> <p>イ 市町村が申請書等で要否判断できる補装具</p> <p>(7) <u>盲人</u>安全つえ、車椅子（手押し型のレディメイド）及び歩行補助つえの新規支給、再支給又は修理</p> <p>(8) 殻構造義肢、装具、座位保持装置、車椅子（オーダーメイド及び手押し型以外のレディメイド）、歩行器、義眼、眼鏡、補聴器及び重度障害者用意思伝達装置に係る医学的所見を必要としない再支給（車椅子については、別表1において、「区分3」に掲げるものとする。）</p> <p>(9) すべての補装具に係る医学的所見を必要としない修理_____</p> <p>3 ～ 10 (省略)</p> <p>附則 この要領は、平成18年10月1日から施行する (省略)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新					旧													
(参考) 判定・判断区分					(参考) 判定・判断区分													
種 目	判定区分	区 分	判定・判断機関及び方法			備 考	種 目	判定区分	区 分	判定・判断機関及び方法			備 考					
			センター	市町村 (意見 書等)	市町村 (申請 書等)					センター	市町村 (意見 書等)	市町村 (申請 書等)						
義肢(骨格)	要否判定 (判断)	新規	◎			義肢(骨格)	要否判定 (判断)	新規	◎			義肢(骨格)	要否判定 (判断)	新規	◎			
		再支給	◎					再支給	◎					再支給	◎			
		医学的所見を必要とする修理	◎					医学的所見を必要とする修理	◎					医学的所見を必要とする修理	◎			
		医学的所見を必要としない修理			●			医学的所見を必要としない修理			●			医学的所見を必要としない修理			●	
		適合判定(確認)	◎		●			適合判定(確認)	◎		●			適合判定(確認)	◎		●	
義肢(殻) 装具	要否判定 (判断)	新規	◎	○		義肢(殻) 装具	要否判定 (判断)	新規	◎	○		義肢(殻) 装具	要否判定 (判断)	新規	◎	○	原則…相談会 相談会に出席出来ない場合…意見書	
		医学的所見を必要とする再支給・修理	◎	○				医学的所見を必要とする再支給・修理	◎	○				医学的所見を必要とする再支給・修理	◎	○		原則…相談会 相談会に出席出来ない場合…意見書
		医学的所見を必要としない再支給・修理			●			医学的所見を必要としない再支給・修理			●			医学的所見を必要としない再支給・修理			●	
座位保持装置	適合判定(確認)	◎	○	●	座位保持装置	適合判定(確認)	◎	○	●	座位保持装置	適合判定(確認)	◎	○	●	要否判定(判断)の方法に準ずる			
車椅子	オーダー メイド	要否判定 (判断)	新規	◎	○	車椅子	オーダー メイド	要否判定 (判断)	新規	◎	○	車椅子	オーダー メイド	要否判定 (判断)	新規	◎	○	原則…相談会 相談会に出席出来ない場合…意見書
		医学的所見を必要とする再支給・修理	◎	○	○			医学的所見を必要とする再支給・修理	◎	○	○			医学的所見を必要とする再支給・修理	◎	○	○	別表1の「区分1」…センター判定 「区分2」…市町村判断
		医学的所見を必要としない再支給・修理			●			医学的所見を必要としない再支給・修理			●			医学的所見を必要としない再支給・修理			●	
	適合判定(確認)	◎	○	○	●	適合判定(確認)	◎	○	○	●	適合判定(確認)	◎	○	○	●	要否判定(判断)の方法に準ずる		
	手押し型 以外・レ ディメイド	要否判定 (判断)	新規		○	車椅子	手押し型 以外・レ ディメイド	要否判定 (判断)	新規		○	車椅子	手押し型 以外・レ ディメイド	要否判定 (判断)	新規		○	市町村において判断が困難な場合又は申請者が相談会判定を希望する場合は、センターに相談すること。
		医学的所見を必要とする再支給・修理			○			医学的所見を必要とする再支給・修理			○			医学的所見を必要とする再支給・修理			○	別表1の「区分1」「区分2」
医学的所見を必要としない再支給・修理				●	医学的所見を必要としない再支給・修理					●	医学的所見を必要としない再支給・修理					●		
適合判定(確認)			●	●	適合判定(確認)			●	●	適合判定(確認)			●	●				
手押し 型・レ ディメイド	要否判定 (判断)	新規・再支給・修理			●	手押し 型・レ ディメイド	要否判定 (判断)	新規・再支給・修理			●	手押し 型・レ ディメイド	要否判定 (判断)	新規・再支給・修理			●	
	適合判定(確認)				●	適合判定(確認)					●	適合判定(確認)					●	
	適合判定(確認)				●	適合判定(確認)					●	適合判定(確認)					●	
電動車椅子 (普通型) (簡易型)	要否判定 (判断)	新規	◎			電動車椅子 (普通型) (簡易型)	要否判定 (判断)	新規	◎			電動車椅子 (普通型) (簡易型)	要否判定 (判断)	新規	◎			
		再支給	◎	○				再支給	◎	○				再支給	◎	○		修理不能となったことのみで、同じ型式のものを再支給する場合は、書類判定可能
		医学的所見を必要とする修理	◎	○				医学的所見を必要とする修理	◎	○				医学的所見を必要とする修理	◎	○		別表1の「区分1」…センター判定 「区分2」…市町村判断
		医学的所見を必要としない修理			●			医学的所見を必要としない修理			●			医学的所見を必要としない修理			●	
適合判定(確認)	◎	○		●	適合判定(確認)	◎	○		●	適合判定(確認)	◎	○		●	センターの適合判定を必要とするものは簡易型(車椅子本体がオーダーメイド)の場合のみ。それ以外は市町村による確認が必要			
義眼 眼鏡 歩行者	要否判定 (判断)	新規			○	義眼 眼鏡 歩行者	要否判定 (判断)	新規			○	義眼 眼鏡 歩行者	要否判定 (判断)	新規			○	市町村において判断が困難な場合又は、申請者が相談会判定を希望する場合は、センターに相談すること。
		医学的所見を必要とする再支給・修理			○			医学的所見を必要とする再支給・修理			○			医学的所見を必要とする再支給・修理			○	2個支給の場合は、センターの判定が必要
		医学的所見を必要としない再支給・修理			●			医学的所見を必要としない再支給・修理			●			医学的所見を必要としない再支給・修理			●	
適合判定(確認)			●	●	適合判定(確認)			●	●	適合判定(確認)			●	●				
歩行補助つえ 視覚障害者安全 つえ	要否判定 (判断)	新規・再支給・修理			●	歩行補助つえ 視覚障害者安全 つえ	要否判定 (判断)	新規・再支給・修理			●	歩行補助つえ 視覚障害者安全 つえ	要否判定 (判断)	新規・再支給・修理			●	
適合判定(確認)				●	適合判定(確認)					●	適合判定(確認)					●		
補聴器	要否判定 (判断)	新規	○	◎		補聴器	要否判定 (判断)	新規	○	◎		補聴器	要否判定 (判断)	新規	○	◎		原則…意見書 申請者が希望する場合…相談会
		医学的所見を必要とする再支給・修理	○	◎				医学的所見を必要とする再支給・修理	○	◎				医学的所見を必要とする再支給・修理	○	◎		原則…意見書 申請者が希望する場合…相談会
		医学的所見を必要としない再支給・修理			●			医学的所見を必要としない再支給・修理			●			医学的所見を必要としない再支給・修理			●	補装具費支給後に生じた理由により追加する必要が生じた場合のイヤモールドの追加もこれに該当する
適合判定(確認)			●	●	適合判定(確認)			●	●	適合判定(確認)			●	●	センター判定の場合、センターは適合判定を行わないが、市町村による確認は必要			
人工内耳 (人工内耳用音声信号処 理装置修理)	要否判定 (判断)	修理			●	人工内耳 (人工内耳用音声信号処 理装置修理)	要否判定 (判断)	修理			●	人工内耳 (人工内耳用音声信号処 理装置修理)	要否判定 (判断)	修理			●	「補装具費支給事務取扱要領」様式2「人工内耳用音声信号処理装置 確認票」等により判断
適合判定(確認)				●	適合判定(確認)					●	適合判定(確認)					●		
重度障害者用 意思伝達装置	要否判定 (判断)	新規	◎	○		重度障害者用 意思伝達装置	要否判定 (判断)	新規	◎	○		重度障害者用 意思伝達装置	要否判定 (判断)	新規	◎	○		原則…相談会(出席出来ない場合は訪問判定) 相談会に出席出来ない場合…意見書
		医学的所見を必要とする再支給・修理	◎	○				医学的所見を必要とする再支給・修理	◎	○				医学的所見を必要とする再支給・修理	◎	○		
		医学的所見を必要としない再支給・修理			●			医学的所見を必要としない再支給・修理			●			医学的所見を必要としない再支給・修理			●	
適合判定(確認)	◎	○		●	適合判定(確認)	◎	○		●	適合判定(確認)	◎	○		●	要否判定・判断の方法に準ずる			

凡例
◎ … 相談会判定(センターが来所又は巡回相談により要否判定又は適合判定を行う)
○ … 書類判定(センター又は市町村が意見書により要否判定(判断)又は適合判定(確認)を行う)
● … 市町村が申請書等により要否判断又は出来上がり現物の確認を行う

凡例
◎ … 相談会判定(センターが来所又は巡回相談により要否判定又は適合判定を行う)
○ … 書類判定(センター又は市町村が意見書により要否判定(判断)又は適合判定(確認)を行う)
● … 市町村が申請書等により要否判断又は出来上がり現物の確認を行う

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新			
様式第3号の3 補装具費支給要否意見書（下肢装具・靴型装具・歩行器）裏面			
処 方	使用材料・型式等		
処方部位	A 右 B 左 C 両側		
採型・採寸	A 採型 B 採寸		
継手	股継手	A 固定 B 遊動	
	膝継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手	
	足継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手	
※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。			
支 持 部	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性	
	大腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式	
	下腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式	
	足 部	A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板) B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴	
その他の加算要素			
A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリバー C 膝当て D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E <u>Iストラップ F Yストラップ</u> G スタビライザー H ターンバックル I ダイアルロック J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 L 足底裏革(すべり止め用) M 高さ調整 N 内張り(大腿部・下腿部・足部) O 義足懸垂用部品			
完 成 用 部 品	股継手	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 レバーロック式 B 遊動式	
	膝継手	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイアルロック G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式	
	足継手	A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 C 遊動式	
	あぶみ	A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ	
	その他	A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 装具用制御装置 E 足板 F デニスブラウン	
□ 借受け	部品名	期間	か月
理由			
靴 型 装 具	製作方法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式	
補 高	高さ cm	A 敷き革式 B 靴の補高	
ヒールの補正		A トルクヒール B ウェッジ・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒール F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フレア・ヒール I 階段状ヒール	
足底の補正		A 内側ソールウェッジ B 外側ソールウェッジ C デンバー・パッド D メイト・半月パッド E マタルサル・パッド F ハウサー・パッド G ロッカー・パッド H 蝶型踏み返し	
付属品等		A 月型の延長 B スチールパネ入り C トゥボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)	
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印			
【記入上の留意事項】 (R2.6)			
1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。 なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。 (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状 (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由(装具)又は身体の成長に伴い、補装具の短期間の利用が適当である理由(歩行器)を記入すること。			

旧			
様式第3号の3 補装具費支給要否意見書（下肢装具・靴型装具・歩行器）裏面			
処 方	使用材料・型式等		
処方部位	A 右 B 左 C 両側		
採型・採寸	A 採型 B 採寸		
継手	股継手	A 固定 B 遊動	
	膝継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手	
	足継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手	
※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。			
支 持 部	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性	
	大腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式	
	下腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式	
	足 部	A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板) B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴	
その他の加算要素			
A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリバー C 膝当て D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E <u>ストラップ(T・Y)</u> G スタビライザー H ターンバックル I ダイアルロック J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 L 足底裏革(すべり止め用) M 高さ調整 N 内張り(大腿部・下腿部・足部) O 義足懸垂用部品			
完 成 用 部 品	股継手	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 レバーロック式 B 遊動式	
	膝継手	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイアルロック G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式	
	足継手	A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 C 遊動式	
	あぶみ	A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ	
	その他	A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 装具用制御装置 E 足板 F デニスブラウン	
□ 借受け	部品名	期間	か月
理由			
靴 型 装 具	製作方法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式	
補 高	高さ cm	A 敷き革式 B 靴の補高	
ヒールの補正		A トルクヒール B ウェッジ・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒール F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フレア・ヒール I 階段状ヒール	
足底の補正		A 内側ソールウェッジ B 外側ソールウェッジ C デンバー・パッド D メイト・半月パッド E マタルサル・パッド F ハウサー・パッド G ロッカー・パッド H 蝶型踏み返し	
付属品等		A 月型の延長 B スチールパネ入り C トゥボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)	
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印			
【記入上の留意事項】 (H30.6)			
1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。 なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。 (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状 (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由(装具)又は身体の成長に伴い、補装具の短期間の利用が適当である理由(歩行器)を記入すること。			

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新	旧																																																																																																																																																																																																																																																																				
<p style="text-align:center;">様式第3号の10 補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">氏名</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:10%;">男女</td> <td style="width:10%;">生年月日</td> <td style="width:10%;">年 月 日生</td> <td style="width:10%;">歳</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>障がい名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">原因となった疾病・外傷名</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災</td> </tr> <tr> <td colspan="3">疾病・外傷発生年月日 年 月 日</td> <td colspan="2">疾病・先天性・その他()</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">障がいの状況</td> <td rowspan="2">視力</td> <td>裸眼</td> <td>矯正</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>(× D Cyl D Ax)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>(× D Cyl D Ax)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>現症</td> <td>右</td> <td>左</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>外眼</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>中間透光体</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>眼底</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>その他の所見</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">必要とする補装具</td> <td>義眼</td> <td colspan="4">1 レディメイド 2 オーダーメイド</td> </tr> <tr> <td>眼鏡</td> <td colspan="4"> 1 矯正用 <input type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input type="checkbox"/>屋外用 <input type="checkbox"/>屋内用 2 遮光用 → <input type="checkbox"/> 前掛け式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 → <input type="checkbox"/>屋外用 <input type="checkbox"/>屋内用 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 <small>※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者</small> </td> </tr> <tr> <td rowspan="4">処方内容</td> <td rowspan="2"><input type="checkbox"/>遠用 <input type="checkbox"/>近用</td> <td>球面レンズ SPH</td> <td>円柱レンズ CYL</td> <td>円柱軸 Ax</td> <td>プリズム PRISM</td> <td>基底 BASE</td> <td>瞳孔距離 PD</td> <td rowspan="2">指示事項等 ※遮光が必要な場合、 レンズを指定して下さい</td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>D</td> <td>D</td> <td>°</td> <td></td> <td></td> <td>屋外用</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>D</td> <td>D</td> <td>°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>屋内用</td> </tr> <tr> <td>使用効果見込</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align:center;"> 上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印 </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p>【記入上の留意事項】 (R2.6)</p> 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。 </td> </tr> </table>	氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳	住所						障がい名						原因となった疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()		障がいの状況	視力	裸眼	矯正			右	(× D Cyl D Ax)			左	(× D Cyl D Ax)			現症	右	左				外眼						中間透光体						眼底					その他の所見						必要とする補装具	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド				眼鏡	1 矯正用 <input type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 2 遮光用 → <input type="checkbox"/> 前掛け式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 <small>※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者</small>				処方内容	<input type="checkbox"/> 遠用 <input type="checkbox"/> 近用	球面レンズ SPH	円柱レンズ CYL	円柱軸 Ax	プリズム PRISM	基底 BASE	瞳孔距離 PD	指示事項等 ※遮光が必要な場合、 レンズを指定して下さい	右	D	D	°			屋外用	左	D	D	°				屋内用	使用効果見込							上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印								<p>【記入上の留意事項】 (R2.6)</p> 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。								<p style="text-align:center;">様式第3号の10 補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">氏名</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:10%;">男女</td> <td style="width:10%;">生年月日</td> <td style="width:10%;">年 月 日生</td> <td style="width:10%;">歳</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>障がい名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">原因となった疾病・外傷名</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災</td> </tr> <tr> <td colspan="3">疾病・外傷発生年月日 年 月 日</td> <td colspan="2">疾病・先天性・その他()</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">障がいの状況</td> <td rowspan="2">視力</td> <td>裸眼</td> <td>矯正</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>(× D Cyl D Ax)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>(× D Cyl D Ax)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>現症</td> <td>右</td> <td>左</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>外眼</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>中間透光体</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>眼底</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>その他の所見</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">必要とする補装具</td> <td>義眼</td> <td colspan="4">1 レディメイド 2 オーダーメイド</td> </tr> <tr> <td>眼鏡</td> <td colspan="4"> 1 矯正用 <input type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input type="checkbox"/>屋外用 <input type="checkbox"/>屋内用 2 遮光用(前掛け式) 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 <small>※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者</small> </td> </tr> <tr> <td rowspan="4">処方内容</td> <td rowspan="2"><input type="checkbox"/>遠用 <input type="checkbox"/>近用</td> <td>球面レンズ SPH</td> <td>円柱レンズ CYL</td> <td>円柱軸 Ax</td> <td>プリズム PRISM</td> <td>基底 BASE</td> <td>瞳孔距離 PD</td> <td rowspan="2">指示事項等 ※遮光が必要な場合、 レンズを指定して下さい</td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>D</td> <td>D</td> <td>°</td> <td></td> <td></td> <td>屋外用</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>D</td> <td>D</td> <td>°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>屋内用</td> </tr> <tr> <td>使用効果見込</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align:center;"> 上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印 </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p>【記入上の留意事項】 (H30.6)</p> 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。 </td> </tr> </table>	氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳	住所						障がい名						原因となった疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()		障がいの状況	視力	裸眼	矯正			右	(× D Cyl D Ax)			左	(× D Cyl D Ax)			現症	右	左				外眼						中間透光体						眼底					その他の所見						必要とする補装具	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド				眼鏡	1 矯正用 <input type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 2 遮光用(前掛け式) 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 <small>※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者</small>				処方内容	<input type="checkbox"/> 遠用 <input type="checkbox"/> 近用	球面レンズ SPH	円柱レンズ CYL	円柱軸 Ax	プリズム PRISM	基底 BASE	瞳孔距離 PD	指示事項等 ※遮光が必要な場合、 レンズを指定して下さい	右	D	D	°			屋外用	左	D	D	°				屋内用	使用効果見込							上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印								<p>【記入上の留意事項】 (H30.6)</p> 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。							
氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳																																																																																																																																																																																																																																																																
住所																																																																																																																																																																																																																																																																					
障がい名																																																																																																																																																																																																																																																																					
原因となった疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災																																																																																																																																																																																																																																																																	
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()																																																																																																																																																																																																																																																																	
障がいの状況	視力	裸眼	矯正																																																																																																																																																																																																																																																																		
		右	(× D Cyl D Ax)																																																																																																																																																																																																																																																																		
	左	(× D Cyl D Ax)																																																																																																																																																																																																																																																																			
	現症	右	左																																																																																																																																																																																																																																																																		
	外眼																																																																																																																																																																																																																																																																				
	中間透光体																																																																																																																																																																																																																																																																				
	眼底																																																																																																																																																																																																																																																																				
その他の所見																																																																																																																																																																																																																																																																					
必要とする補装具	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド																																																																																																																																																																																																																																																																			
	眼鏡	1 矯正用 <input type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 2 遮光用 → <input type="checkbox"/> 前掛け式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 <small>※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者</small>																																																																																																																																																																																																																																																																			
処方内容	<input type="checkbox"/> 遠用 <input type="checkbox"/> 近用	球面レンズ SPH	円柱レンズ CYL	円柱軸 Ax	プリズム PRISM	基底 BASE	瞳孔距離 PD	指示事項等 ※遮光が必要な場合、 レンズを指定して下さい																																																																																																																																																																																																																																																													
		右	D	D	°				屋外用																																																																																																																																																																																																																																																												
	左	D	D	°				屋内用																																																																																																																																																																																																																																																													
	使用効果見込																																																																																																																																																																																																																																																																				
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印																																																																																																																																																																																																																																																																					
<p>【記入上の留意事項】 (R2.6)</p> 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。																																																																																																																																																																																																																																																																					
氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳																																																																																																																																																																																																																																																																
住所																																																																																																																																																																																																																																																																					
障がい名																																																																																																																																																																																																																																																																					
原因となった疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災																																																																																																																																																																																																																																																																	
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()																																																																																																																																																																																																																																																																	
障がいの状況	視力	裸眼	矯正																																																																																																																																																																																																																																																																		
		右	(× D Cyl D Ax)																																																																																																																																																																																																																																																																		
	左	(× D Cyl D Ax)																																																																																																																																																																																																																																																																			
	現症	右	左																																																																																																																																																																																																																																																																		
	外眼																																																																																																																																																																																																																																																																				
	中間透光体																																																																																																																																																																																																																																																																				
	眼底																																																																																																																																																																																																																																																																				
その他の所見																																																																																																																																																																																																																																																																					
必要とする補装具	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド																																																																																																																																																																																																																																																																			
	眼鏡	1 矯正用 <input type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 2 遮光用(前掛け式) 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 <small>※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者</small>																																																																																																																																																																																																																																																																			
処方内容	<input type="checkbox"/> 遠用 <input type="checkbox"/> 近用	球面レンズ SPH	円柱レンズ CYL	円柱軸 Ax	プリズム PRISM	基底 BASE	瞳孔距離 PD	指示事項等 ※遮光が必要な場合、 レンズを指定して下さい																																																																																																																																																																																																																																																													
		右	D	D	°				屋外用																																																																																																																																																																																																																																																												
	左	D	D	°				屋内用																																																																																																																																																																																																																																																													
	使用効果見込																																																																																																																																																																																																																																																																				
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印																																																																																																																																																																																																																																																																					
<p>【記入上の留意事項】 (H30.6)</p> 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。																																																																																																																																																																																																																																																																					

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新	旧																																																																																																																												
<p style="text-align:center;">様式第4号</p> <p style="text-align:center; font-size: 1.2em;">判 定 書(補装具費)</p> <p style="text-align: right;">障 総 第 号 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">長 様</p> <p style="text-align: center;">福島県障がい者総合福祉センター所長</p> <p style="text-align: center;">年 月 日付けの依頼については、下記のとおり判定します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">氏 名</td> <td style="width:35%;"></td> <td style="width:15%;">生年月日</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:10%;">歳</td> </tr> <tr> <td>居 住 地</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>判 定 年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td>判 定 書 番 号</td> <td colspan="2">第 号</td> </tr> <tr> <td>障 がい 名 又 は 疾 病 名</td> <td colspan="2"></td> <td>障 がい 等 級</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>総 合 判 定</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl;">医 学 的 判 定</td> <td>障 がい 状 況</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>意 見</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>使 用 効 果 見 込</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>名 称 又 は 修 理 項 目</td> <td></td> <td>コ ー ド</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl;">処 方 内 容</td> <td colspan="3" style="text-align:center;">名称・基本構造・付属品等</td> <td style="text-align:center;">価 格</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 150px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">概算額</td> <td colspan="3" style="text-align:center;">計</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align:center;">—— / 100の額</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適合判定・確認実施方法</td> <td>検収</td> <td></td> <td>適合判定 適合確認</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">(R2.6)</p>	氏 名		生年月日		歳	居 住 地					判 定 年 月 日	年 月 日	判 定 書 番 号	第 号		障 がい 名 又 は 疾 病 名			障 がい 等 級	級	総 合 判 定					医 学 的 判 定	障 がい 状 況				意 見				使 用 効 果 見 込				名 称 又 は 修 理 項 目		コ ー ド			処 方 内 容	名称・基本構造・付属品等			価 格					概算額	計					—— / 100の額				適合判定・確認実施方法	検収		適合判定 適合確認		<p style="text-align:center;">様式第4号</p> <p style="text-align:center; font-size: 1.2em;">判 定 書(補装具費)</p> <p style="text-align: right;">障 総 第 号 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">長 様</p> <p style="text-align: center;">福島県障がい者総合福祉センター所長</p> <p style="text-align: center;">年 月 日付けの依頼については、下記のとおり判定します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">氏 名</td> <td style="width:35%;"></td> <td style="width:15%;">生年月日</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:10%;">歳</td> </tr> <tr> <td>居 住 地</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>判 定 年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td>判 定 書 番 号</td> <td colspan="2">第 号</td> </tr> <tr> <td>障 がい 名 又 は 疾 病 名</td> <td colspan="2"></td> <td>障 がい 等 級</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>総 合 判 定</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl;">医 学 的 判 定</td> <td>障 がい 状 況</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>意 見</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>使 用 効 果 見 込</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>名 称 又 は 修 理 項 目</td> <td></td> <td>コ ー ド</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl;">処 方 内 容</td> <td colspan="3" style="text-align:center;">名称・基本構造・付属品等</td> <td style="text-align:center;">価 格</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 150px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>適合判定・確認実施方法</td> <td>検収</td> <td></td> <td>適合判定 適合確認</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">(R元.6)</p>	氏 名		生年月日		歳	居 住 地					判 定 年 月 日	年 月 日	判 定 書 番 号	第 号		障 がい 名 又 は 疾 病 名			障 がい 等 級	級	総 合 判 定					医 学 的 判 定	障 がい 状 況				意 見				使 用 効 果 見 込				名 称 又 は 修 理 項 目		コ ー ド			処 方 内 容	名称・基本構造・付属品等			価 格					適合判定・確認実施方法	検収		適合判定 適合確認	
氏 名		生年月日		歳																																																																																																																									
居 住 地																																																																																																																													
判 定 年 月 日	年 月 日	判 定 書 番 号	第 号																																																																																																																										
障 がい 名 又 は 疾 病 名			障 がい 等 級	級																																																																																																																									
総 合 判 定																																																																																																																													
医 学 的 判 定	障 がい 状 況																																																																																																																												
	意 見																																																																																																																												
	使 用 効 果 見 込																																																																																																																												
名 称 又 は 修 理 項 目		コ ー ド																																																																																																																											
処 方 内 容	名称・基本構造・付属品等			価 格																																																																																																																									
概算額	計																																																																																																																												
	—— / 100の額																																																																																																																												
適合判定・確認実施方法	検収		適合判定 適合確認																																																																																																																										
氏 名		生年月日		歳																																																																																																																									
居 住 地																																																																																																																													
判 定 年 月 日	年 月 日	判 定 書 番 号	第 号																																																																																																																										
障 がい 名 又 は 疾 病 名			障 がい 等 級	級																																																																																																																									
総 合 判 定																																																																																																																													
医 学 的 判 定	障 がい 状 況																																																																																																																												
	意 見																																																																																																																												
	使 用 効 果 見 込																																																																																																																												
名 称 又 は 修 理 項 目		コ ー ド																																																																																																																											
処 方 内 容	名称・基本構造・付属品等			価 格																																																																																																																									
適合判定・確認実施方法	検収		適合判定 適合確認																																																																																																																										

新		旧	
別表2 補装具判定・判断基準		別表2 補装具判定・判断基準	
VI	視覚障がい者用	VI	視覚障がい者用
1 視覚障害者安全つえ		1 _____	
基本的要件	視力の低下や視野狭窄により、視覚障害者安全つえがなければ歩行の安全を図れない者	_____	_____
名称	個別要件等	_____	_____
適用	○ 視力の低下、視野狭窄がある者	_____	_____
携帯用	○ 持ち運びに使用する必要がある者	_____	_____
身体支持併用	○ 視覚障がいに加え、下肢障がい等があり、主に身体を支えながら歩行する必要がある者	_____	_____
2 義眼		1 義眼	
基本的要件	無眼球や眼球萎縮のため義眼を必要とする者で、義眼の装着により容姿の改善が図られる者(難病患者等を含む)。	基本的要件	無眼球や眼球萎縮のため義眼を必要とする者で、義眼の装着により容姿の改善が図られる者(難病患者等を含む)。
名称	個別要件等	名称	個別要件等
レディメイド	○ 眼窩の状態が普通義眼(既製品)に適する者	レディメイド	○ 眼窩の状態が普通義眼(既製品)に適する者
オーダーメイド	○ 眼窩の状態が普通義眼(既製品)に適合しない者	オーダーメイド	○ 眼窩の状態が普通義眼(既製品)に適合しない者
3 眼鏡		2 眼鏡	
基本的要件	視覚障がいがあり眼鏡の装用により日常生活が改善される者(難病患者等を含む)。	基本的要件	視覚障がいがあり眼鏡の装用により日常生活が改善される者(難病患者等を含む)。
名称	個別要件等	名称	個別要件等
矯正用	○ 屈折異常もしくは無水晶体眼などで視力低下があり、矯正用にて視力が矯正される者	矯正用	○ 屈折異常もしくは無水晶体眼などで視力低下があり、矯正用にて視力が矯正される者
遮光用	○ 視力の矯正に加え、遮光用としての機能を必要とする者	遮光用として機能が必要な場合	○ 以下の要件を満たす者。 1) 視覚障害により身体障害者手帳を取得していること(難病患者等に限り、身体障害者手帳を要件としない)。 2) 羞明を来していること。 3) 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こと。 4) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。 ※この際、下記事項を参照の上、遮光用の装用効果を確認すること。(意思表示できない場合、表情、行動の変化等から総合的に判断すること。) ・まぶしさや白んだ感じが軽減する ・文字や物などが見やすくなる ・羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する ・暗転時に遮光眼鏡をはずすと暗順応が早くなる ※遮光用とは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線が公表されているものであること。
前掛け式	○ 以下の要件を満たす者。 1) 視覚障害により身体障害者手帳を取得していること(難病患者等に限り、身体障害者手帳を要件としない)。 2) 羞明を来していること。 3) 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こと。 4) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。 ※この際、下記事項を参照の上、遮光用の装用効果を確認すること。(意思表示できない場合、表情、行動の変化等から総合的に判断すること。) ・まぶしさや白んだ感じが軽減する ・文字や物などが見やすくなる ・羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する ・暗転時に遮光眼鏡をはずすと暗順応が早くなる ※遮光用とは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線が公表されているものであること。	遮光用(前掛け式)	○ 矯正用(遮光用としての機能が必要な場合)と同じ
掛けね式	○ 以下の要件を満たす者。 1) 視覚障害により身体障害者手帳を取得していること(難病患者等に限り、身体障害者手帳を要件としない)。 2) 羞明を来していること。 3) 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こと。 4) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。 ※この際、下記事項を参照の上、遮光用の装用効果を確認すること。(意思表示できない場合、表情、行動の変化等から総合的に判断すること。) ・まぶしさや白んだ感じが軽減する ・文字や物などが見やすくなる ・羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する ・暗転時に遮光眼鏡をはずすと暗順応が早くなる ※遮光用とは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線が公表されているものであること。	コンタクトレンズ	○ 強度の屈折異常もしくは角膜白斑などで視力低下があり、コンタクトレンズにて良好な視力が得られる者
コンタクトレンズ	○ 強度の屈折異常もしくは角膜白斑などで視力低下があり、コンタクトレンズにて良好な視力が得られる者	弱視用	○ 矯正用やコンタクトレンズで良好な視力を得られないが、弱視眼鏡により対象物を拡大して見ることで日常生活及び社会活動上その効果が見込まれる者 ※ 高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上、教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 現に就労中の者(求職中の者を含む) ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者や各種教養講座の受講者
弱視用	○ 矯正用やコンタクトレンズで良好な視力を得られないが、弱視眼鏡により対象物を拡大して見ることで日常生活及び社会活動上その効果が見込まれる者 ※ 高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上、教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 現に就労中の者(求職中の者を含む) ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者や各種教養講座の受講者	掛めがね式	○ 矯正用やコンタクトレンズで良好な視力を得られないが、弱視眼鏡により対象物を拡大して見ることで日常生活及び社会活動上その効果が見込まれる者 ※ 高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上、教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 現に就労中の者(求職中の者を含む) ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者や各種教養講座の受講者
焦点調節式	○ 矯正用やコンタクトレンズで良好な視力を得られないが、弱視眼鏡により対象物を拡大して見ることで日常生活及び社会活動上その効果が見込まれる者 ※ 高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上、教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 現に就労中の者(求職中の者を含む) ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者や各種教養講座の受講者	焦点調節式	○ 矯正用やコンタクトレンズで良好な視力を得られないが、弱視眼鏡により対象物を拡大して見ることで日常生活及び社会活動上その効果が見込まれる者 ※ 高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上、教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 現に就労中の者(求職中の者を含む) ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者や各種教養講座の受講者
備考	二具支給は、医学的及び日常生活上真に必要な場合認められる。 例) ① 遠用と近用の矯正用 ② 屋内用・屋外用の遮光用(矯正用で遮光の機能が必要な場合を含む) ③ 円錐角膜や高度の白内障術後無水晶体眼など、障がいの状況上、矯正用とコンタクトレンズを同時に使用しないと矯正が困難な場合 ④ 矯正用で矯正視力が得られる弱視者で、弱視用と矯正用を使い分けする必要がある者	備考	二具支給は、医学的及び日常生活上真に必要な場合認められる。 例) ① 遠用と近用の矯正用 ② 屋内用・屋外用の遮光用(矯正用で遮光の機能が必要な場合を含む) ③ 円錐角膜や高度の白内障術後無水晶体眼など、障がいの状況上、矯正用とコンタクトレンズを同時に使用しないと矯正が困難な場合 ④ 矯正用で矯正視力が得られる弱視者で、弱視用と矯正用を使い分けする必要がある者

新	旧																																																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> VII 聴覚・音声言語障がい者用 </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> 1 補聴器 </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">基本的要件</th> <th colspan="2">聴覚に障がいがあり、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者で、補聴器の装用により聴能の改善が見込まれる者(難病患者等を含む)。 ※中軽度補聴器は補装具費の対象外である。</th> </tr> <tr> <th>名称</th> <th colspan="2">個別要件等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">高度難聴用</td> <td style="text-align: center;">ポケット型 耳かけ型</td> <td>○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者 ○ 必要に応じて選択可能</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">耳あな型 レディメイド</td> <td>○ 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な者 【例示】 ① 耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型使用が困難な者 ② 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">耳あな型 オーターマイト</td> <td>○ 障がいの状況、耳の形状等レディメイドでは対応不可能な者に限る</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ポケット型 耳かけ型 FM型</td> <td>○ 必要に応じて選択可能 ○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者 ○ 教育上、職業上、社会生活上特にFM型を必要とする者</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">骨導式</td> <td style="text-align: center;">ポケット型</td> <td>○ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">眼鏡型</td> <td>○ 職業上、教育上、社会活動上必要な者 ○ 眼鏡使用者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">付属品</td> <td colspan="2">イヤモールド ○ 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい者 ○ 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある者 ○ 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音ができる場合 ※ 補装具費支給後に生じた理由により追加する必要がある場合は、センターの判定が必要である。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">備考</td> <td colspan="2">1 両耳による最高語音明瞭度が50%以下の者で、補聴器にて語音明瞭度の改善が図られる場合は、高度難聴用等の補聴器の対象となる。 2 職業上、教育上特に必要とする場合は、両耳装用が認められる。</td> </tr> </tbody> </table>	基本的要件	聴覚に障がいがあり、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者で、補聴器の装用により聴能の改善が見込まれる者(難病患者等を含む)。 ※中軽度補聴器は補装具費の対象外である。		名称	個別要件等		高度難聴用	ポケット型 耳かけ型	○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者 ○ 必要に応じて選択可能	耳あな型 レディメイド	○ 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な者 【例示】 ① 耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型使用が困難な者 ② 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者	耳あな型 オーターマイト	○ 障がいの状況、耳の形状等レディメイドでは対応不可能な者に限る	ポケット型 耳かけ型 FM型	○ 必要に応じて選択可能 ○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者 ○ 教育上、職業上、社会生活上特にFM型を必要とする者	骨導式	ポケット型	○ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者	眼鏡型	○ 職業上、教育上、社会活動上必要な者 ○ 眼鏡使用者	付属品	イヤモールド ○ 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい者 ○ 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある者 ○ 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音ができる場合 ※ 補装具費支給後に生じた理由により追加する必要がある場合は、センターの判定が必要である。		備考	1 両耳による最高語音明瞭度が50%以下の者で、補聴器にて語音明瞭度の改善が図られる場合は、高度難聴用等の補聴器の対象となる。 2 職業上、教育上特に必要とする場合は、両耳装用が認められる。		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> VII 聴覚・音声言語障がい者用 </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> 1 補聴器 </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">基本的要件</th> <th colspan="2">聴覚に障がいがあり、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者で、補聴器の装用により聴能の改善が見込まれる者(難病患者等を含む)。 ※中軽度補聴器は補装具費の対象外である。</th> </tr> <tr> <th>名称</th> <th colspan="2">個別要件等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">高度難聴用</td> <td style="text-align: center;">ポケット型 耳かけ型</td> <td>○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者 ○ 必要に応じて選択可能</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">耳あな型 レディメイド</td> <td>○ 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な者 【例示】 ① 耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型使用が困難な者 ② 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">耳あな型 オーターマイト</td> <td>○ 障がいの状況、耳の形状等レディメイドでは対応不可能な者に限る</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ポケット型 耳かけ型 FM型</td> <td>○ 必要に応じて選択可能 ○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者 ○ 教育上、職業上、社会生活上特にFM型を必要とする者</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">骨導式</td> <td style="text-align: center;">ポケット型</td> <td>○ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">眼鏡型</td> <td>○ 職業上、教育上、社会活動上必要な者 ○ 眼鏡使用者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">付属品</td> <td colspan="2">イヤモールド ○ 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい者 ○ 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある者 ○ 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音ができる場合 ※ 補装具費支給後に生じた理由により追加する必要がある場合は、センターの判定が必要である。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">備考</td> <td colspan="2">1 両耳による最高語音明瞭度が50%以下の者で、補聴器にて語音明瞭度の改善が図られる場合は、高度難聴用等の補聴器の対象となる。 2 職業上、教育上特に必要とする場合は、両耳装用が認められる。</td> </tr> </tbody> </table>	基本的要件	聴覚に障がいがあり、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者で、補聴器の装用により聴能の改善が見込まれる者(難病患者等を含む)。 ※中軽度補聴器は補装具費の対象外である。		名称	個別要件等		高度難聴用	ポケット型 耳かけ型	○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者 ○ 必要に応じて選択可能	耳あな型 レディメイド	○ 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な者 【例示】 ① 耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型使用が困難な者 ② 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者	耳あな型 オーターマイト	○ 障がいの状況、耳の形状等レディメイドでは対応不可能な者に限る	ポケット型 耳かけ型 FM型	○ 必要に応じて選択可能 ○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者 ○ 教育上、職業上、社会生活上特にFM型を必要とする者	骨導式	ポケット型	○ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者	眼鏡型	○ 職業上、教育上、社会活動上必要な者 ○ 眼鏡使用者	付属品	イヤモールド ○ 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい者 ○ 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある者 ○ 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音ができる場合 ※ 補装具費支給後に生じた理由により追加する必要がある場合は、センターの判定が必要である。		備考	1 両耳による最高語音明瞭度が50%以下の者で、補聴器にて語音明瞭度の改善が図られる場合は、高度難聴用等の補聴器の対象となる。 2 職業上、教育上特に必要とする場合は、両耳装用が認められる。	
基本的要件	聴覚に障がいがあり、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者で、補聴器の装用により聴能の改善が見込まれる者(難病患者等を含む)。 ※中軽度補聴器は補装具費の対象外である。																																																				
名称	個別要件等																																																				
高度難聴用	ポケット型 耳かけ型	○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者 ○ 必要に応じて選択可能																																																			
	耳あな型 レディメイド	○ 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な者 【例示】 ① 耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型使用が困難な者 ② 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者																																																			
	耳あな型 オーターマイト	○ 障がいの状況、耳の形状等レディメイドでは対応不可能な者に限る																																																			
	ポケット型 耳かけ型 FM型	○ 必要に応じて選択可能 ○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者 ○ 教育上、職業上、社会生活上特にFM型を必要とする者																																																			
骨導式	ポケット型	○ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者																																																			
	眼鏡型	○ 職業上、教育上、社会活動上必要な者 ○ 眼鏡使用者																																																			
付属品	イヤモールド ○ 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい者 ○ 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある者 ○ 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音ができる場合 ※ 補装具費支給後に生じた理由により追加する必要がある場合は、センターの判定が必要である。																																																				
備考	1 両耳による最高語音明瞭度が50%以下の者で、補聴器にて語音明瞭度の改善が図られる場合は、高度難聴用等の補聴器の対象となる。 2 職業上、教育上特に必要とする場合は、両耳装用が認められる。																																																				
基本的要件	聴覚に障がいがあり、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者で、補聴器の装用により聴能の改善が見込まれる者(難病患者等を含む)。 ※中軽度補聴器は補装具費の対象外である。																																																				
名称	個別要件等																																																				
高度難聴用	ポケット型 耳かけ型	○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者 ○ 必要に応じて選択可能																																																			
	耳あな型 レディメイド	○ 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な者 【例示】 ① 耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型使用が困難な者 ② 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者																																																			
	耳あな型 オーターマイト	○ 障がいの状況、耳の形状等レディメイドでは対応不可能な者に限る																																																			
	ポケット型 耳かけ型 FM型	○ 必要に応じて選択可能 ○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者 ○ 教育上、職業上、社会生活上特にFM型を必要とする者																																																			
骨導式	ポケット型	○ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者																																																			
	眼鏡型	○ 職業上、教育上、社会活動上必要な者 ○ 眼鏡使用者																																																			
付属品	イヤモールド ○ 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい者 ○ 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある者 ○ 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音ができる場合 ※ 補装具費支給後に生じた理由により追加する必要がある場合は、センターの判定が必要である。																																																				
備考	1 両耳による最高語音明瞭度が50%以下の者で、補聴器にて語音明瞭度の改善が図られる場合は、高度難聴用等の補聴器の対象となる。 2 職業上、教育上特に必要とする場合は、両耳装用が認められる。																																																				
<div style="margin-bottom: 10px;"> 2 人工内耳(人工内耳用音声信号処理装置修理) </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">基本的要件</th> <th>人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要であると判断している者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">備考</td> <td> ○対象機器の範囲 人工内耳用音声信号処理装置(標準型・残存聴力活用型)のみ ※以下に掲げる機器は対象外である。 ア人工内耳用インプラント イ人工内耳用ヘッドセット(マイクロホン・送信コイル・送信ケーブル・マグネット・接続ケーブル等) ウ人工内耳用音声信号処理装置の電池 ※新機種を使用したい等、本人の選好による機器の交換は対象外である。 ※人工内耳用材料が破損した場合等の交換は医療保険給付の対象である。 </td> </tr> </tbody> </table>	基本的要件	人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要であると判断している者	備考	○対象機器の範囲 人工内耳用音声信号処理装置(標準型・残存聴力活用型)のみ ※以下に掲げる機器は対象外である。 ア人工内耳用インプラント イ人工内耳用ヘッドセット(マイクロホン・送信コイル・送信ケーブル・マグネット・接続ケーブル等) ウ人工内耳用音声信号処理装置の電池 ※新機種を使用したい等、本人の選好による機器の交換は対象外である。 ※人工内耳用材料が破損した場合等の交換は医療保険給付の対象である。	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width:15%; height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="width:15%; height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="width:15%; height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="width:15%; height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="width:15%; height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="width:15%; height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="width:15%; height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="width:15%; height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="width:15%; height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="width:15%; height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>																																																
基本的要件	人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要であると判断している者																																																				
備考	○対象機器の範囲 人工内耳用音声信号処理装置(標準型・残存聴力活用型)のみ ※以下に掲げる機器は対象外である。 ア人工内耳用インプラント イ人工内耳用ヘッドセット(マイクロホン・送信コイル・送信ケーブル・マグネット・接続ケーブル等) ウ人工内耳用音声信号処理装置の電池 ※新機種を使用したい等、本人の選好による機器の交換は対象外である。 ※人工内耳用材料が破損した場合等の交換は医療保険給付の対象である。																																																				