

# 補装具費支給意見書（内部障害用）

（令和7年11月改訂）

（車椅子・電動車椅子用）

氏名	年 月 日生（ 歳）
原因となった疾病名	
参考となる経過・現症	
その他参考となる合併症状	
<p>車椅子・電動車椅子の必要性                  *車椅子・電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない理由、歩行に著しい制限を受ける理由、歩行により症状の悪化をきたす理由等について、医学的所見を記載してください。</p>	
<p>使用効果見込み                  *車椅子・電動車椅子使用により可能となることを記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・屋内移動</li> <li>・屋外移動</li> <li>・介助が不要となる</li> <li>・その他（具体的に）</li> </ul>	
<p>上記のとおり意見する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">                     病院又は診療所名                      所在地                      診療担当科名                      医師氏名                      （記名押印又は署名）                 </p>	

電動車椅子（標準形）処方箋

（令和7年7月改訂）

市町村		氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
疾患名				身長・体重	cm/ kg
障害名				移乗能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助
主な使用場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外				
基本価格	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 頭頸部		<input type="checkbox"/> 新規支給(1台) <input type="checkbox"/> 再支給((注)1,2が前回と同じ場合) <input type="checkbox"/> 再支給((注)1,2が前回と一部異なる場合) <input type="checkbox"/> 2台同時支給		
本体価格	区分	<input type="checkbox"/> 低速用 (4.5 km/h) <input type="checkbox"/> 中速用 (6.0 km/h)			
	製作方式 (注)1	<input type="checkbox"/> モジュラー式 <input type="checkbox"/> レディメイド式 <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <small>※モジュラー式又はレディメイド式の場合は、メーカー名、製品名、型番など正確に記入し、カタログのコピーを添付すること。</small>			
加算要素	機構 (注)2	<input type="checkbox"/> 手動リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動ティルト機構 <input type="checkbox"/> 電動ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動リフト機構			
	機構部品	操作部位	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左) <input type="checkbox"/> 頭頸部(チン・マウス・額) <input type="checkbox"/> その他(      )		
		スイッチ	(加算項目) <input type="checkbox"/> スイッチ延長		
		操作レバー	(加算項目) <input type="checkbox"/> バネ圧変更		
		バッテリー	<input type="checkbox"/> シールドバッテリー(標準) <input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリー		
		シート	<input type="checkbox"/> 板張り式(標準) <input type="checkbox"/> スリング式 <input type="checkbox"/> 張り調整式		
			(加算項目) <input type="checkbox"/> 奥行き調整		
		バックサポート	<input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式		
			(加算項目) <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長(頭頸部まで)		
			<input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ		
		フット・レッグサポート	<input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式		
			(加算項目) <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り		
		フットサポート	<input type="checkbox"/> セパレート式(標準) <input type="checkbox"/> セパレート式(二重折込)		
(加算項目) <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左) <input type="checkbox"/> 金属製					
アームサポート	(フレーム一体型)				
	<input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式(右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式(右・左)				
	(独立型)				
	<input type="checkbox"/> 固定式(右・左) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式(右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式(右・左)				
	(加算項目) <input type="checkbox"/> 高さ調整(右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左) <input type="checkbox"/> 幅広(右・左) <input type="checkbox"/> 延長(右・左)				
タイヤ	<input type="checkbox"/> エアー(標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク				
キャスタ	<input type="checkbox"/> エアー(標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク				

電動車椅子（標準形）処方箋

加 算 要 素	付 属 品	クッション (カバー付き)	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 (加算項目) <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造又は立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工		
		姿勢保持部品	<input type="checkbox"/> 体幹パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 骨盤パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 足部保持パッド(右・左) <input type="checkbox"/> その他 (                    )		
		座板	<input type="checkbox"/> 座板のみ (加算項目) <input type="checkbox"/> クッション一体型		
		背クッション	<input type="checkbox"/> 背クッションのみ (加算項目) <input type="checkbox"/> 滑り止め加工		
		ヘッドサポート	独立構造	<input type="checkbox"/> 着脱式(枕含む) <input type="checkbox"/> マルチタイプ(枕含む) (加算項目) <input type="checkbox"/> 枕オーダーメイド変更	
			枕のみ	<input type="checkbox"/> 枕(オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 枕(レディメイド)	
		フットサポート	<input type="checkbox"/> ヒールループ(右・左) <input type="checkbox"/> アングルストラップ(右・左) <input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左)		
		ベルト部品	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> その他 (                    )		
		<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 杖立て(一本杖用) <input type="checkbox"/> 杖立て(多脚杖用) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> リフレクタ (      個) <input type="checkbox"/> 車載固定フック (      個) <input type="checkbox"/> テーブル(通常) <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 (      個) <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル(通常) <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル(表面クッション張り) <input type="checkbox"/> レバーノブ各種形状 (                    ) <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 手動スイングアーム <input type="checkbox"/> 手動チンコントロール一式 <input type="checkbox"/> 電動チンコントロール一式			
		【※上記以外の付属品、クッションが必要な場合、名称、個数を正確に記載すること。】		【電動車椅子採寸表】 ※必ず記載すること。  ・座幅 (                    ) cm ・座奥行 (                    ) cm ・バックサポート長 (                    ) cm ・アームサポート高 (                    ) cm ・前座高 (                    ) cm ・後座高 (                    ) cm	
年      月      日 医療機関・診療科名 医師名 (記名押印又は署名)	製作予定事業者名   (担当者名:                    )				

電動車椅子 (簡易形) 処方箋

(令和7年7月改訂)

市町村		氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)	
疾患名		身長・体重		cm/	kg	
障害名		移乗能力		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
主な使用場所		<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外				
基本価格		<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 新規支給(1台) <input type="checkbox"/> 再支給((注)1,2,3が前回と同じ場合) <input type="checkbox"/> 再支給((注)1,2,3が前回と一部異なる場合) <input type="checkbox"/> 2台同時支給			
本体価格	区分	<input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式				
	電動駆動装置	※メーカー名、製品名、型番など正確に記入し、カタログのコピーを添付すること。 ※電動車椅子簡易型の完成品を採用する場合もメーカー名、製品名を正確にこの欄に記入し、カタログのコピーを添付すること。				
車椅子	名称(注)1	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用				
	製作方式(注)2	<input type="checkbox"/> モジュラー式(標準) <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> レディメイド式 ※モジュラー式又はレディメイド式(電動車椅子完成品は除く)の場合、メーカー名・品番を正確に記入し、カタログのコピーを添付すること。				
加算要素	機構(注)3	<input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> リフト機構				
	機 構 部 品	基本構造	(加算項目) <input type="checkbox"/> 幅止め			
		操作部位	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左) <input type="checkbox"/> 頭頸部(チン・マウス・額) <input type="checkbox"/> その他( )			
		スイッチ	(加算項目) <input type="checkbox"/> スイッチ延長			
		操作レバー	(加算項目) <input type="checkbox"/> バネ圧変更			
		バッテリー	<input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリー(標準) <input type="checkbox"/> ニッケル水素バッテリー			
		シート	<input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 板張り式			
			(加算項目) <input type="checkbox"/> 奥行き調整			
		バックサポート	<input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式			
			(加算項目) <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長(頭頸部まで)			
			<input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ			
		フット・レッグサポート	<input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式			
			(加算項目) <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り			
		フットサポート	<input type="checkbox"/> セパレート式(標準) <input type="checkbox"/> セパレート式(二重折込) <input type="checkbox"/> 中折式			
			(加算項目) <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左) <input type="checkbox"/> 金属製			
アームサポート	(フレーム一体型) <input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式(右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式(右・左)					
	(独立型) <input type="checkbox"/> 固定式(右・左) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式(右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式(右・左)					
	(加算項目) <input type="checkbox"/> 高さ調整(右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左) <input type="checkbox"/> 幅広(右・左) <input type="checkbox"/> 延長(右・左)					
ブレーキ	(加算項目) <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ					
タイヤ	<input type="checkbox"/> エア(標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク					
キャスタ	<input type="checkbox"/> ソリッド(標準) <input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ					
ハンドリム	<input type="checkbox"/> プラスチック(標準) <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> アルミ					
	(加算項目) <input type="checkbox"/> ピッチ 30mm 超 (右・左) <input type="checkbox"/> 片手駆動					





電動車椅子支給申請追加質問事項

判定依頼調査書補足質問

設問2 ① b 通所・入所している時

通所回数(週) [ 回]

通所方法 { 自分で行く [ 自動車 バス 電車 その他【 】 ] }  
{ 家族送迎 [ 介助者 ] 施設送迎 [ 家族同伴 あり なし ] }

設問2 ② b 車いすを使用している場合

車いすと電動車いすの使い分けはどうしている(する予定)のか

( )

設問3 ベッド・便座への移乗

具体的にどうやって移乗しているか

( )

設問3 褥瘡

どのくらいの頻度でできるか、また大きさはどのくらいか(硬貨に例えるとわかりやすい)

[ ]

どのような治療をしているか。( )

設問3 車いす(手動)操作

a どのくらいの距離自走できるか ( m)

こぐときに痛みはあるか ( ある [ ] ない )

b どのくらいの距離自走できるか ( m)

こぐときに痛みはあるか ( ある [ ] ない )

設問4 疾病・合併症等

どこの病院に通院しているか ( [通院方法: ] )

設問5 電動車いすの使用頻度

一日の使用時間 ( )

設問5 電動車いすの操作経験 ( 有 ) の時

いつ・どのくらいの期間操作したか ( )

操作した機種名 ( )

追加で聞いていただきたい質問

過去に電動車いすの給付を受けた時と身体状況に変化があるか(再支給者)

( ある [ ] ない )

※写真を撮りに行くので後日連絡することを伝えて下さ

※ジョイユニット・タウニジョイ(ヤマハ) デイリーパル 16インチ等は特例補装具なので要特例意見書

# 介護保険に係る調査書

(介護保険による福祉用具貸与が困難な理由の確認)

氏名	生年月日 年 月 日生 ( 歳)
要介護認定の申請 ( あり ・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定 )	
介護認定の結果 ( 非該当 ・ 要支援 1・2 ・ 要介護 1・2・3・4・5 ) *直近の認定年月日 ( 年 月 日)	
<p>介護保険による福祉用具貸与が困難な理由は、以下の1～4のうち、いずれに該当しますか？該当する番号に○をし、その理由について記載してください。</p> <p style="text-align: center;">[※法的優先順位：障害者総合支援法 &lt; 介護保険法]</p>	
<p><b>1 レディメイドの車椅子(電動車椅子)では対応できない場合</b></p> <p>①福祉用具貸与で検討した全ての車椅子等のメーカー、品番、型番等 (※カタログ(価格が記載されたもの)等(写し)を添付すること。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div> <p>②①の車椅子(電動車椅子)では、対応が困難な具体的な理由を記載してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div>	
<p><b>2 要支援1,2及び要介護1の方(福祉用具貸与の対象外)場合</b></p> <p>「例外給付」の検討状況及びその結果について記載してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div>	
<p><b>3 ケアプランの状況等で福祉用具貸与が受けられない場合</b></p> <p>その理由について、具体的に記載してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div>	
<p><b>4 その他、福祉用具貸与が困難な場合</b></p> <p>その理由について、具体的に記載してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div>	
<p>調査日： 年 月 日 市町村調査者氏名：</p>	