**補装具（肢体不自由）の申請に際しての調査用紙**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 令和　　年　　月　　日 |  | | |
| 氏　名  （使用者） |  | | 記入者 | 本人・家族・  その他（　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 1. 今回申請したい補装具　　　　※太字下線の種目は判定が不要な場合があります。   ホームページまたはお電話等でご確認ください。 |

□車椅子　　□電動車椅子　　**□靴型装具**　　**□義足**　　**□義手**　　□座位保持装置

**□下肢装具（短下肢・長下肢・足底・その他）**　　□上肢装具　　□体幹装具

□重度障害者用意思伝達装置　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| ② 申請理由 |

□破損　　□老朽化　　□障害状況が変化した　□合わない　□新規購入　　□その他

|  |
| --- |
| 具体的な理由 |

|  |
| --- |
| ③ 現在使用の補装具はいつ作製しましたか？ |

　　　　　　　　現在使用していない　　　・　　　　 年頃

|  |
| --- |
| ④ 現在使用している方へお聞きします。その際、どの制度を利用しましたか？ |

□医療保険（病院で作製）　　□補装具で作製　　□自費（直接購入）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| ⑤ 再支給の方に希望する補装具の内容をお聞きします。 |

□前回と同じもの　　　□前回と違うもの（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| ⑥ 生活の状況について伺います。 |

◆現在一緒にお住まいのご家族についてあてはまる箇所に○をつけてください。

同居（本人との続柄：　　　　　）　・別世帯だが近隣に住んでいる　・一人暮らし

その他（　　　　　　　　　　　）

◆現在の日中活動についてあてはまる箇所に○をつけてください。

・就労（週　　日）　・通所施設（週　　日：施設名　　　　　　　　　　　　　　　　）

・入所施設（施設名　　　　　　　　　　　　　）　・その他（　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| ⑦ 障害者総合支援センターで判定を受ける日（判定が必要な場合のみ）  ご希望の曜日に〇をつけてください。 |

火曜日　　・　第２、第４水曜日　・　第1、第3木曜日

※いずれも午後です。

|  |
| --- |
| ⑧ ご連絡先（判定日や手続きについて、日中連絡がとれる連絡先をご記入ください） |

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄：　　　　　　）

連絡先電話番号：

その他(ケアマネージャー、施設職員等)： 事業所名

役職　　　　　　　　　担当者