

補装具費支給意見書(眼鏡等)

氏名			生年月日	年	月	日(歳)	
住所							
障害の状況	<診断名>(難病患者等の場合は、障害者総合支援法に規定されている疾患名)						
	<経過・現症>						
	<視力>						
		裸眼	矯正				
	右眼						
	左眼						
必要とする補装具(該当する項目をチェック)	<input type="checkbox"/> 矯正用眼鏡(視覚障害の身体障害者手帳が視野障害のみの場合は対象外)						
	用途	度数 ※乱視を含む最大度数	乱視	遮光機能			
	<input type="checkbox"/> 遠用	<input type="checkbox"/> 6D 未満 <input type="checkbox"/> 6D 以上10D 未満 <input type="checkbox"/> 10D 以上20D 未満 <input type="checkbox"/> 20D 以上	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 屋内用 <input type="checkbox"/> 屋外用 【品名・カラー】		
	<input type="checkbox"/> 近用	<input type="checkbox"/> 6D 未満 <input type="checkbox"/> 6D 以上10D 未満 <input type="checkbox"/> 10D 以上20D 未満 <input type="checkbox"/> 20D 以上	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 屋内用 <input type="checkbox"/> 屋外用 【品名・カラー】		
	<input type="checkbox"/> 遮光用眼鏡						
	<input type="checkbox"/> 屋内用	<input type="checkbox"/> 前掛式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式	【品名・カラー】				
	<input type="checkbox"/> 屋外用	<input type="checkbox"/> 前掛式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式	【品名・カラー】				
	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ						
	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 多段階レンズ <input type="checkbox"/> 虹彩付レンズ	【品名】				
	<input type="checkbox"/> 弱視用眼鏡						
<input type="checkbox"/> 遠用	<input type="checkbox"/> 掛けめがね式 <input type="checkbox"/> 焦点調整式	【品名】					
<input type="checkbox"/> 近用	<input type="checkbox"/> 掛けめがね式 <input type="checkbox"/> 焦点調整式	【品名】					
使用効果	複数の眼鏡を希望する場合や高額な眼鏡を希望する場合はその必要性等を記載してください。						
以上の通り診断し、眼鏡等の必要性を認めます。							
			医療機関名				
年 月 日			医師名(※)				
※指定自立支援医療機関の指定医師、または身体障害者福祉法第15条第一項に基づく指定医師に限ります							

※裏面の「意見書の作成について」を参照してください。

ウエルポートせんだい

<意見書の作成について>

記入方法、内容等について、下記に留意し、補装具費支給意見書を作成してください。

1.「障害の状況」について

障害者総合支援法に規定されている疾患(以下「難病等」)により、申請する場合は、疾患名を「診断名」の欄に記載してください。

2.「必要とする補装具」について

- 実際に購入する製品の品名、また遮光の場合はカラー名を必ず記入してください。
- 該当する加算がある場合は、その項目を選択してください。
- 度数は乱視を加えた最大度数を選択してください。
- 度数に左右差がある場合は二つを比較し、高い方の度数を選択してください。
- 遠近両用を申請する場合は、遠用・近用の両方を選択してください。

➤ 矯正用・弱視用の対象者は下記のいずれかとなります。

- ① 視力障害を理由に身体障害者手帳の交付を受けている方。
- ② 視力障害と同程度の視機能の難病患者等の方。

※視野障害のみを理由に身体障害者手帳を取得している方は対象外となります。

※矯正用の対象とならない方が、矯正用(遮光機能付)の申請をした場合、矯正機能にかかる費用は自己負担となります。

3.「使用効果」について

複数の眼鏡等を申請する場合や、高額な眼鏡を申請する場合は、その必要性等について記載してください。

例1:遮光用を2具申請する場合。

「屋内外で羞明感が異なる。そのため屋内では薄い灰色のレンズの、屋外では濃い緑色のレンズの遮光眼鏡を使い分ける必要がある。」

例2:矯正用と弱視用を2具申請する場合。

「日常生活の多くの場面では矯正用を使用するが、文字の読取は矯正用では難しく、弱視用が必要になる。」

例3:補装具費の支給基準上限価格よりも高額な眼鏡(レンズ)が必要な場合。

「本患者に必要なレンズ度数は-27.00Dであり、特殊かつ高額なレンズである。このレンズ以外に本患者の視力改善に有効な選択肢がない。このレンズの使用により、通勤中の危険を回避することが可能となり、現在の仕事を継続することができる。」

4. その他

処方箋は任意様式で作成し、申請者に渡し、補装具製作者に持参するよう伝えてください。

問い合わせ先

仙台市障害者総合支援センター(ウェルポートせんだい)
TEL 022-771-6511