

装具処方箋

氏 名				生年 月 日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 ()歳	性別	男・女
住 所						TEL		
医学的 所 見	疾患名		切断 部位	左 右		職 業 (具体的に)		
	障害名		断端長	cm		種目名称別コード		
区分、名称、基本構造 基本価格								
1 下 肢 装 具	A-	(2)先天性股脱装具 (3)内反足装具 (4)長下肢装具 (5)膝装具 (6)短下肢装具 (7)ツイスター						
	(1)股装具	A.リーメンビューゲル型	A.短下肢装具型	A.両側支柱	A.両側支柱	A.両側支柱	A.軟性	
	A.金属棒	B.フォンローゼン型	B.靴型装具型	B.片側支柱	B.硬性	B.片側支柱	B.鋼製ケーブル	
	B.硬性	C.パチェラー型	C.デニスブラウン型	C.硬性	C.スウェーデン式	C.S型支柱	(8)足底装具	
	C.軟性	D.ローレンツ型		D. X脚又はO脚	D.軟性	D. 鋼線支柱	A.アーチサポート	
2 靴 型 装 具	B-	3 体 幹 装 具	C-	(2)胸椎装具	(3)腰椎装具	(4)船長装具	(5)側弯症装具	※金属棒、厚生
	A.長靴		(1)頸椎装具	A.金属棒	A.金属棒	A.金属棒	A.ミルウォーキー型	※軟性
	B.半長靴(編上靴)		A.金属棒	B.硬性	B.硬性	B.硬性	B.頭部に及ばないもの	※軟性、骨盤帯
	C.チャッカ靴		B.硬性	C.軟性	C.軟性	C.軟性		
	D.短靴		C.カラー		D.骨盤帯			
4 上 肢 装 具	D-	(2)肘装具	(3)手関節背屈保持装具	(4)長対立装具	(6)把持装具	(7)MP屈曲(伸展)保持装具	(8)指装具	
	(1)肩装具	A.両側支柱	A.パネル型	(5)短対立装具	A.手関節駆動式	A.パネル型	(9)BFO	
	A.金属棒	B.硬性	B.トーマス型		B.ハーネス駆動式	B.プラスチック		
	B.硬性	C.軟性	C.オープンハイマー型			C.軟性		
	C.分娩麻酔用		D.硬性					

【製作要素価格】

1. 下肢装具	
a.継手 (1)股継手 (2)膝継手 (3)足継手 固定式 遊動式 固定式 遊動式 固定式 遊動式 プラスチック継手 プラスチック継手	c.その他の加算要素 ・膝サポーター(支柱付き ・ 支柱なし) ・キャリパー ・ツイスター(軟性 ・ 鋼製ケーブル) ・デニスブラウン ・膝当て ・T・Yストラップ ・スタビライザー ・ターンバックル ・ダイヤルロック ・伸展・屈曲補助装置 ・補高足部 ・足底裏側 ・高さ調節 ・内張(大腿部 ・ 下腿部 ・ 足部)
b.支持部 (1)大腿支持部 (2)下腿支持部 (3)足部 A 半月 A 半月 A あぶみ B 皮革等 B 皮革等 B 足部 1.カフバンド 2.大腿コルセット 1.カフバンド 2.下腿コルセット 1皮革等(大・小) C モールド C モールド 2.モールド(熱硬化性樹脂) 1.カフバンド 2.大腿コルセット 1.カフバンド 2.下腿コルセット C 標準靴 (注) ・大腿支持部坐骨支持式 ・下腿支持部(PTB式 ・ PTS式 ・ KBM式) ・足板補強	d.先天股脱装具の加算要素 ・リーメンビューゲル ・フォンローゼン型 ・ローレンツ型(モールド ・ モールドフレーム) ・ランゲ型
2. 靴型装具	
a.製作要素 ※(グッドイヤー式 ・ マッケイ式) (1)患側(整形靴 ・ 特殊靴) (2)健側 短靴 ・ チャッカ靴 短靴 ・ チャッカ靴 半長靴 ・ 長靴 半長靴 ・ 長靴	b.付属品等の加算要素 ・月型延長 ・スチールバネ入り ・トウボックス補強 ・鉛板挿入 ・足背バンド ・マジックバンド ・補高(敷き皮式 ・ 靴補高) ・ヒール補正(トルクヒール ・ ウェッジヒール等) ・足底補正(内側、外側ソールウェッジ ・ テンパーバー等)

別紙様式例第5号(3)

3. 体幹装具		
a. 支持部		b. その他の加算要素
(1) 頸椎支持部 A モールド(支柱付き ・ なし) B フレーム C カラー(あご受けあり ・ なし)	(4) 仙腸支持部 A モールド(支柱付き ・ なし) B フレーム C 軟性 D 骨盤帯(芯あり ・ なし)	(1) 体幹装具付属品 (2) 側弯症装具付属品 (3) 内張 ・ 高さ調整 ・ ターンバックル式 ・ 腰部継手 ・ パタフライ ・ 型バンド ・ 会陰ひも ・ 腹圧強化バンド
(2) 胸椎支持部 A モールド(支柱付き ・ なし) B フレーム C 軟性	(5) 骨盤支持部 A 皮革 B モールド	・ 胸椎パッド ・ 腰椎パッド ・ ショルダーリング ・ 腋窩パッド ・ アウトリガー ・ 前方支柱 ・ 後方支柱 ・ 側方支柱 ・ ネックリンク ・ 胸郭バンド
(3) 腰椎支持部 A モールド(支柱付き ・ なし) B フレーム C 軟性		

4. 上肢装具		
a. 継手		
(1) 肩継手 固定式 遊動式 肩回旋装置	(3) 手継手 固定式 遊動式 プラスチック継手	(3) MP継手 固定式 遊動式 (4) IP継手 固定式(金属 ・ モールド) 遊動式 鋼線支柱
(2) 肘継手 固定式 遊動式 プラスチック継手	鋼線支柱	

b. その他の加算要素		
・ 季節骨パッド(モールド ・ フレーム) ・ 中・末節骨パッド(モールド ・ フレーム) ・ 対立バー ・ Cバー ・ アウトリガー ・ 伸展・屈曲補助パネ ・ 肘あて ・ ターンバックル ・ ダイアルロック ・ 内張(上腕部 ・ 前腕部 ・ 手部)		

【完成用部品価格】

完成用部品	
-------	--

特記事項、使用者の希望事項など記述すること			
(借受けの希望 有 ・ 無)			
処 方	年 月 日	仮合せ	年 月 日 良 ・ 不良
採 型	年 月 日	適 合 判 定	年 月 日

補 装 具 費 支 給 意 見 書

氏名		年 月 日 生 (歳)	
障害名及び原因となった疾病・外傷名			
※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当 (<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない)			
障害・疾患等の状況 (注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。)			
必要と認める補装具	補装具の種目、名称		
	処 方 (注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。)		
	使用効果見込み (注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。)		
上記のとおり意見する			
年 月 日			
病院又は診療所名			
所 在 地			
診療担当科名			
作成医師氏名			
印			

補装具費支給決定通知書

<div>年 月 日</div> <div>(申請者) 様</div> <div>市町村長</div> <p>標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。</p>						
対象者	住 所	〒				
	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日	年 月 日	性別		電話	
支給番号			支給決定日		年 月 日	
決定内容		(購入・借受け・修理)	借受け期間		年 月 日～ 年 月 日	
補装具業者	名 称					
	所 在 地	〒				
	電 話					
基準額		見積額	利用者負担額			公費負担額
円		円	合計額	円		(合計額)
月額負担上限額		月額 (借受けの場合)	(初 月)	円		
			(中間月)	円		
円			(最終月)	円		
教示事項						

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号				支 給 決 定 日	年 月 日		
購入・借受け・修理 の 別		購入 ・ 借受け ・ 修理					
借 受 け 期 間 (借受けの場合)		年 月 日			～ 年 月 日		
氏 名				生年月日	年 月 日		
住 所							
保 護 者 氏 名					続 柄		
補 装 具 の 名 称				修理部位			
処 方							
補 装 具 者 業 者	名 称						
	所在地						
	電 話						
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額	
円		円		円		円	
月額負担上限額							
円							
上記のとおり決定する。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">市町村長</div>							
判 定 検 査	判 定 日 年 月 日	平成 年 月 日		判 定 員 名 職 氏 名	㊟		
受 領	受 領 日 年 月 日	平成 年 月 日		受 領 者 名 氏 名	㊟	本人との関係	

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号			支 給 決 定 日	年 月 日
借 受 け 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日		
氏 名			生年月日	年 月 日
住 所				
保 護 者 氏 名				続 柄
補 装 具 の 名 称			修理部位	
処 方				
補 装 具 業 者	名 称			
	所在地			
	電 話			
基準額		見積額	利用者負担額	公費負担額
円		円	円	円
月額負担上限額				
円				
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市町村長</p>				

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号			支 給 決 定 日	年 月 日		
借 受 け 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日				
氏 名			生年月日	年 月 日		
住 所						
保 護 者 氏 名				続 柄		
補 装 具 の 名 称			修理部位			
処 方						
補 装 具 業 者	名 称					
	所在地					
	電 話					
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額
円		円		円		円
月額負担上限額						
円						
上記のとおり決定する。 平成 年 月 日						
市町村長						
返 却 確 認	返 却 日	平成 年 月 日	業 者 名	㊞		
			申 請 者 氏 名	㊞	本人と の関係	

却下決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -

〇市（町・村）

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長



年 月 日に申請された補装具費の支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇市町村長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇市町村長を被告として（訴訟において市町村を代表する者は市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます。（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

補装具費支給申請決定簿

申請受付月日	
ケース番号	
氏名	
居住地	
手帳番号	
購入・借受け・修理の別	
判定依頼年月日 判定書受付年月日	
支給決定月日	
支給番号	
補装具の名称及び 修理部位	
種目名称別コード	
補装具業者名	
基準額	
利用者負担額	
世帯区分	
適合判定月日	
引渡月日	
補装具費支払月日	
支払金額	
借受け期間	