4　補装具、日常生活用具、家族介護用品

（１）補装具費の支給

問合せ先　福祉課障がい班
市役所総合窓口課
各総合支所地域振興課

身体障害者手帳の交付を受けている方や難病患者等の方に対し、失われた身体機能を補完または代替し、職業その他日常生活の効率の向上を図るための補装具の購入等（購入費・借受費・修理費）に係る費用を支給します。

○手続き

１．申請 右記の書類を福祉課障がい班、市役所総合窓口課、各総合支所地域振興課へ提出	○必要な書類 （１）申請書　（２）補装具の見積書 （３）医師意見書・処方箋等（詳細は次ページ参照） （４）補装具の写真（修理時かつ外見で異常が分かる場合のみ） （５）マイナンバーカードまたは個人番号通知カードの写し （※市外に住所がある方で上記写しを提出いただけない場合は、別途、市民税課税証明書が必要になります。） （６）身体障害者手帳の写し（身体障害者の方） （７）特定疾患医療受給者証の写し（難病患者の方） （※診断書等の難病患者と確認できる書類でも可）

⇩

２．支給決定	○申請者及び業者へ決定通知書及び給付券を送付

⇩

３．発注～納品	○業者へ発注（契約）し、補装具を製作 ○業者から申請者へ納品 ○自己負担がある方は、納品時に業者へ支払う

○注意事項

・原則１割が自己負担となります。ただし、所得に応じた負担上限月額が設定されます。
・補装具の種目によっては長崎こども・女性・障害者支援センター（以下、センター）による判定が必要となるため、申請から支給決定までに時間を要する場合があります。
・他の公的制度（医療保険、介護保険、戦傷病者援護、年金保険、公的扶助、労働災害補償）が利用できる場合は、他の制度が優先適用されます。
・難病患者等であって身体障害者手帳を取得されている方は、身体障害者手帳での申請となります。
・支給決定より先に補装具を購入された場合の追認はできません。必ず事前に申請が必要です。
・申請に必要な申請書、医師意見書・処方箋の様式は、福祉課障がい班、市役所総合窓口課、各総合支所地域振興課にあります。

○申請に必要な医師意見書・処方箋等 ※修理時は原則不要です。

	補装具種目	医師意見書※1	処方箋	その他必要な様式・書類等	支給決定に要する期間(目安)
1	殻構造義手	様式3	様式4	－	4週間程度
2	殻構造義足		様式5	－	
3	骨格構造義手	－	－	カタログ・仕様書等	8週間以上
4	骨格構造義足	－	－		
5	骨格構造義手(直接判定が困難な場合)※2	様式3※3	様式6	様式33	8週間以上
6	骨格構造義足(直接判定が困難な場合)※2		様式7		
7	上肢装具	様式3	様式8	－	4週間程度
8	下肢装具・靴型装具		様式9	－	
9	体幹装具		様式10	－	
10	座位保持装置(18歳以上)	－	－	カタログ・仕様書等	8週間以上
11	座位保持装置(18歳未満)	様式11	様式12	－	4週間程度
12	歩行補助つえ	－	－	－	2週間程度
13	歩行器	様式34	－	－	4週間程度
14	車椅子(ﾚﾃﾞｨﾒｲﾄﾞ(手押し型))	－	－	－	2週間程度
15	車椅子(ﾚﾃﾞｨﾒｲﾄﾞ(手押し型)以外・肢体不自由)	様式13	様式16	－	2～4週間程度
16	⇒　上記のうち、施設入所中の場合	－	－	カタログ・仕様書等	8週間以上
17	車椅子(ﾚﾃﾞｨﾒｲﾄﾞ(手押し型)以外・心臓機能障害)	様式14	様式16	－	2～4週間程度
18	⇒　上記のうち、施設入所中の場合	様式14	－	カタログ・仕様書等	8週間以上
19	車椅子(ﾚﾃﾞｨﾒｲﾄﾞ(手押し型)以外・呼吸器機能障害)	様式15	様式16	－	2～4週間程度
20	⇒　上記のうち、施設入所中の場合	様式15	－	カタログ・仕様書等	8週間以上
21	車椅子(18歳未満・肢体不自由)	様式13	様式16	－	4週間程度
22	車椅子(18歳未満・心臓機能障害)	様式14		－	
23	車椅子(18歳未満・呼吸器機能障害)	様式15		－	
24	電動車椅子(18歳以上・肢体不自由)	－	－	カタログ・仕様書等	8週間以上
25	電動車椅子(18歳以上・心臓機能障害)	様式18	－		
26	電動車椅子(18歳以上・呼吸器機能障害)	様式19	－		
27	電動車椅子(18歳未満・肢体不自由)	様式17	様式20(簡易型は様式16)	－	4週間程度
28	電動車椅子(18歳未満・心臓機能障害)	様式18		－	
29	電動車椅子(18歳未満・呼吸器機能障害)	様式19		－	
30	座位保持椅子	様式34	－	－	4週間程度
31	起立保持具		－	－	
32	頭部保持具		－	－	
33	視覚障害者安全つえ	－	－	－	2週間程度
34	義眼	様式23	－	－	2週間程度
35	眼鏡		－	－	
36	補聴器	様式24	－	カタログ・仕様書等	4週間程度
37	人工内耳用音声信号処理装置(修理)	－	－	様式35	2週間程度
38	重度障害者用意思伝達装置	様式21	様式22	－	4週間程度

※１）医師意見書は、身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する指定医師が作成する必要があります。指定医師の確認をされたい場合は、福祉課障がい班までご連絡ください。

※２）センターが申請者本人の状態を直接確認することが困難な場合。

※３）申請書に添付する意見書は「国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を終了している医師」が作成した意見書。

※４）施設入所中の場合は、直接判定（センターが申請者本人の状態を直接確認すること）となります。

※注）特例補装具申請時は別途「様式25」が必要になるほか、支給決定まで目安以上の機関を要する場合があります。

○補装具毎の交付の目安

区分	種目	交付の目安	耐用年数
義手	肩義手	肩甲胸郭間切断、肩関節離断、上腕の短断端切断者	3～4
	上腕義手	上腕切断者	3～4
	肘義手	肘関節離断者、肘関節近位切断者	3
	前腕義手	前腕切断者	3
	手義手	手関節離断、手根部を残した手部切断者	3
	手部義手	手根部切断者	1～2
	手指義手	指切断者	1～2
義足	股義足	片側骨盤切除、股関節離断、大腿の極短断端者	4
	大腿義足	大腿切断者	3～5
	膝義足	膝関節離断者	2～3
	下腿義足	下腿切断者	2
	果義足	踵切断(サイム切断)者	2
	足根中足義足	足部切断者（ピロゴフ切断・ショパール切断・リスフラン切断・中足骨切断等）	1～2
	足指義足	足指切断者	1
上肢装具	手背屈装具	脳性麻痺、脳卒中で手関節の掌屈変形があり、背屈位に保持する必要があるもの	3
	肘装具	肘関節の運動不能又は動揺があり、肘関節を一定の位置に保ち、運動を制限する必要があるもの	2～3
	Ｂ．Ｆ．Ｏ（食事動作補助器）	脊髄性小児麻痺(ポリオ)、筋ジストロフィー等で、上肢筋力が著しく低下しているもの	3
下肢装具	長下肢装具	ポリオ、脊髄損傷等にて下肢による支持性をほとんどなくしたもの	3
	短下肢装具	脳卒中、ポリオ、脊髄損傷、腓骨神経麻痺、脳性麻痺等で、足が内反尖足等のもの	1.5～3
	足底装具	脳性麻痺、外反足等による足の変形や脚長差（左右の足の長さの差）のあるもの	1.5
	股装具	股関節運動の固定や運動制限が必要なもの	2～3
	膝装具	膝関節の動揺、膝反張のあるもの	2～3
	ツイスター	脳性麻痺等で、下肢の回旋変形のあるもの	2～3
靴型装具		脳性麻痺、リウマチ等による足の変形があるもの	1.5
体幹装具	頸椎装具、胸椎装具、腰椎装具、仙腸装具	カリエス、脊髄損傷、ポリオ、側弯症等で、脊柱の固定、支持の必要なもの	1.5～3
	側弯症装具		1～2
座位保持装置		体幹及び四肢の運動障害により座位保持困難なもの	3
歩行補助杖	松葉杖	歩行不安定なもの	2～4
	多脚杖	杖による歩行が不安定なもの	4
	ロフストランドクラッチ、カナディアンクラッチ	手による支えの不十分なもの	
	プラットホーム杖	リウマチ等杖が必要だが、握力が弱いため、前腕部による体重支持が必要なもの	

<table>
<tr><th>区分</th><th>種目</th><th>交付の目安</th><th>耐用年数</th></tr>
<tr><td rowspan="14">車椅子</td><td>普通型</td><td rowspan="14">１）下肢、体幹機能障害１、２級のもの
（３、４級は別に理由書（任意様式）が必要）
２）入院中の場合は、１か月以内に退院予定があること。
３）施設入所中の場合はレディメイドでは適合するものがないこと(面接による判定が必要)
４）手押し型は、内部障害（心臓、呼吸器）の１級で歩行による移動に著しい制限を受けるものも対象となる。

＊レディメイド：既製の部品を使用した、メーカーにより市販されている車椅子。

＊オーダーメイド：個々の障害の状況により対応できるよう部品を製作し、溶接・接着して製作する車椅子。

＊モジュラー方式：使用部品は既製だが、個々の障害の状況に対応できるよう選択し、組み上げる車椅子。完成後も各部の微調整が可能で、部品交換や修理等が容易。</td><td rowspan="14">6</td></tr>
<tr><td>リクライニング式普通型</td></tr>
<tr><td>ティルト式普通型</td></tr>
<tr><td>リクライニング・ティルト式普通型</td></tr>
<tr><td>手動リフト式普通型</td></tr>
<tr><td>前方大車輪型</td></tr>
<tr><td>リクライニング式前方大車輪型</td></tr>
<tr><td>片手駆動型</td></tr>
<tr><td>リクライニング式片手駆動型</td></tr>
<tr><td>レバー駆動型</td></tr>
<tr><td>手押し型</td></tr>
<tr><td>リクライニング式手押し型</td></tr>
<tr><td>ティルト式手押し型</td></tr>
<tr><td>リクライニング・ティルト式手押し型</td></tr>
<tr><td rowspan="7">電動車椅子</td><td>普通型(4.5km/h、6.0km/h)</td><td rowspan="7">１）車椅子の駆動輪を回せないもの(下肢、体幹障害１、２級かつ上肢障害１、２級を併せて持つもの)
２）内部障害（呼吸、心臓)、難病等で歩行による移動に著しい制限を受けるもの
３）簡易型アシスト式は頸椎損傷等で当該車椅子を利用することにより、残存機能を維持しながら、坂道、悪路、長距離移動における負担の軽減が図られるもの</td><td rowspan="7">6</td></tr>
<tr><td>簡易型（切替式、アシスト式）</td></tr>
<tr><td>リクライニング式普通型</td></tr>
<tr><td>電動リクライニング式普通型</td></tr>
<tr><td>電動リフト式普通型</td></tr>
<tr><td>電動ティルト式普通型</td></tr>
<tr><td>電動リクライニング・ティルト式普通型</td></tr>
<tr><td colspan="2">歩行器</td><td>下肢麻痺や筋力低下で歩行器によらないと歩行が困難なもの</td><td>5</td></tr>
<tr><td colspan="2">重度障害者用意思伝達装置</td><td>１）両上下肢の機能全廃及び言語機能喪失したもので、コミュニケーション手段として必要があると認められるもの
２）進行性疾患で、近い将来同等の障がいを有する可能性が高いと医学的に認められるもの
３）難病患者等については、音声、言語機能障害及び神経筋疾患であるもの</td><td>5</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>区分</th><th>種目</th><th colspan="2">交付の目安</th><th>耐用年数</th></tr>
<tr><td rowspan="2">義眼</td><td>レディメイド</td><td colspan="2">眼球がないか、著しく小さいため眼の機能を果たしていないもの</td><td rowspan="2">2</td></tr>
<tr><td>オーダーメイド</td><td colspan="2">眼球を摘出して、義眼を挿入する場合、眼球内に適合するよう特殊加工する必要があるもの</td></tr>
<tr><td rowspan="4">眼鏡</td><td>矯正用、コンタクトレンズ</td><td colspan="2">近視、遠視、乱視などの屈折異常の場合、適当なレンズを用いて矯正する必要があるもの</td><td rowspan="3">4</td></tr>
<tr><td>弱視用</td><td colspan="2">視力が弱く、矯正眼鏡、コンタクトレンズを使用しても矯正できないもの</td></tr>
<tr><td>遮光用</td><td colspan="2">以下の要件を満たすもの。
（１）羞明を来していること
（２）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
（３）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。</td></tr>
<tr><td colspan="4">※難病患者等に限り身体障害者手帳を要件としないものであり、それ以外は視覚障害により身体障害者手帳を取得していることが要件となります。</td></tr>
<tr><td colspan="2">視覚障害者安全杖</td><td colspan="2">視覚障害者で必要のあるもの</td><td>2～5</td></tr>
<tr><td rowspan="4">補聴器</td><td>高度難聴用
（ポケット型、耳かけ型）</td><td>概ね聴力９０ｄＢ以下
（４級、６級相当）</td><td rowspan="2">両耳申請については、職業上もしくは教育上必要性があるもの（理由書が必要）</td><td rowspan="4">5</td></tr>
<tr><td>重度難聴用
（ポケット型、耳かけ型、ワイヤレス補聴援助システム）</td><td>概ね聴力９０ｄＢ以上
（２級、３級相当）</td></tr>
<tr><td>耳あな型
（レディメイド、オーダーメイド）</td><td colspan="2">ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で、真に必要なもの。オーダーメイドの場合は、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能なもの。
（理由書が必要）</td></tr>
<tr><td>骨導式
（ポケット型、眼鏡型）</td><td colspan="2">伝音性難聴で耳漏が著しいもの、又は外耳閉鎖症で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難なもの</td></tr>
<tr><td colspan="2">人工内耳用音声信号処理装置
（修理のみ）</td><td colspan="2">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もの</td><td>―</td></tr>
<tr><td rowspan="4">児童のみ</td><td>頭部保持具</td><td colspan="2">頭部の安定を図ることが困難なもの</td><td>3</td></tr>
<tr><td>座位保持いす</td><td colspan="2">自力で座位姿勢を保持できないもの</td><td>3</td></tr>
<tr><td>起立保持具</td><td colspan="2">自力で起立姿勢を保持できないもの</td><td>3</td></tr>
<tr><td>排便補助具</td><td colspan="2">座位による排便が困難なもの</td><td>2</td></tr>
</table>