[様式8]　2024.04改

補　装　具　費　支　給　意　見　書　（視覚）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　　　名 | 　　　　　　　　　　　 | 　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 居住地 | 　　　　　　郡・市　　　　　　　　　　町・村 |
| 障害名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　種　　級) |
| 補装具の名称又は修理項目 |  |
| 医学的判定 | （障害の状況）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　視力：右　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　左　　　　　　　　　　　　　（補装具を使用した効果） |
| 処方 | 矯正眼鏡、弱視眼鏡には、処方箋を添付してください。遮光眼鏡で矯正レンズを使用する場合は、処方箋を添付してください。 |
| 　上記のとおり　　　　　　　　　　　　装用の必要性が認められます。　　　　　　年　　　月　　　日　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　該当する項目にチェックをお願いします。□　身体障害者福祉法第１５条指定医師　　　　　□　国立障害者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ学院において実施して　　（視覚）　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　いる補装具関係の適合判定医師研修会修了者 |
| 判定機関　記入欄　　　　　　装用の必要性を認めます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　 |

（注）　この様式は、視覚障害者の補装具が市町村で判定できることとなったため、その様式を例示するものである。