[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。