

7 義眼・眼鏡について

1 支給対象者 視覚障害の身体障害者手帳所持者および難病患者等

(1) 義眼 無眼球又は眼球萎縮のために義眼を必要とする者等

- ① レディメイド … 眼窩の状態が普通義眼(既製品)に適合する者
- ② オーダーメイド… 眼窩の状態が普通義眼(既製品)に適合しない者

(2) 眼鏡

- ① 矯正用 視覚障害者(児)のうち、矯正眼鏡を使用することにより視力の向上が見込まれる者。矯正眼鏡は、視力障害の矯正用として支給されるものであり、視野障害による身体障害者手帳所持者は対象外。
- ② 遮光用 以下の要件を全て満たす者。遮光眼鏡は、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線が公表されているものであること。

ア 視覚障害(視野障害も対象)により身体障害者手帳を取得している者または難病患者等

イ 羞明を来していること

ウ 羞明の軽減に、遮光用の装用より優先される治療法がないこと

エ 眼科指定医による選定、処方であること

※この際、下記項目を参照の上、遮光用の装用効果を確認すること

- ・まぶしさや白んだ感じが軽減する
- ・文字や物などが見やすくなる
- ・羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する
- ・暗転時に遮光用をはずすと暗順応が早くなる

- ③ コンタクトレンズ 強度の屈折異常や角膜白斑等による視力の低下があり、コンタクトレンズにより視力が改善される者。

- ④ 弱視用 矯正眼鏡、コンタクトレンズを使用しても矯正ができない場合に、物体を拡大して見る必要がある者が対象。掛けめがね式と焦点調整式の2種類。

掛けめがね式は、主に近用として使用される。焦点調整式は、望遠鏡型で主に遠用に使用される。倍率は一般的に2倍であるが、3倍以上の高倍率のものもある。高倍率(3倍率以上)の主鏡(21,800円増し)は職業上又は教育上真に必要なものが対象。

2 留意点

(1) 現症

意見書・処方箋の現症矯正視力が身体障害者手帳交付基準に該当しない場合は、手帳所持者であっても矯正用、コンタクトレンズ、弱視用の支給は不可。また、身体障害者手帳取得後に手術等により視力が回復するケースもあるため、再支給の場合も必ず現症矯正視力の確認が必要。

(2) その他

- ① 義眼、遮光用、弱視用は、受託報酬額に6%を加算することができる。
矯正用、コンタクトレンズは、受託報酬額に10%を加算することができる。
- ② 現在所持しているフレームをそのまま使用したい場合は、修理価格表のレンズのみで見積をとること。レンズは1枚の価格で表記されている。
- ③ 乱視の場合は、片眼、両眼にかかわらず、4,200円増し。
- ④ 矯正用に遮光用の機能が必要な場合は、一律30,000円。

8 補聴器について

1 支給対象者

聴覚障害の身体障害者手帳所持者および難病患者等で、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者。

2 機種選定の留意点

(1) 出力(高度難聴用、重度難聴用)

- ① 補聴器は、高度難聴用と重度難聴用に区別することができる。
- ② 一般的に手帳の4級又は6級程度の聴覚障害者が高度難聴用、2級又は3級程度の聴覚障害者が重度難聴用となる。
- ③ 再支給の場合も医師の意見書・処方箋が必要。また、聴力は常に一定ではなく変動することがあるので、申請時点での現症(聴力レベル、語音明瞭度)を確認することが重要。
- ④ 本人の聞こえに最も適合した機種を支給するため、できる限り申請前の試聴を勧める。
- ⑤ 聴力が4級又は6級程度の方でも、試聴の結果、高度難聴用では聞こえにくいという方や、部分的な聴力低下がみられる方は、医師の意見書・処方箋にその旨の記載があれば重度難聴用の支給が可能。

(2) 型式(ポケット型、耳かけ型、耳あな型、骨導式)

- ① ポケット型及び耳かけ型の支給が基本。本人の使いやすさ等も考慮して選定を行なう。
- ② 耳あな型は、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者が対象。特にオーダーメイドは、障害の状況や耳の形状等をみて、レディメイドで対応が不可能な者が対象。また、重度難聴用耳あな型は、特例補装具となり、別途医師による特例補装具意見書が必要。詳しくは個別に相談いただきたい。
- ③ 骨導式は伝音性難聴であって、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者が対象。
- ④ 骨導式眼鏡型(眼鏡のフレームにレシーバーを埋め込んだタイプ)では、眼鏡に必要なレンズも補装具修理基準額の範囲で支給することが可能。

3 書類確認の留意点

(1) 意見書・処方箋の確認について

- ① 現症聴力レベルが少なくとも下記の値に達しているか必ず確認。

- ・両耳 70dB 以上(6級)
- ・一耳 90dB 以上、他耳 50dB 以上(6級)
- ・語音明瞭度 50%以下(4級)

※現症聴力が上記に該当しない値であった場合、判定は不相当となる

- ② 処方がポケット型又は耳かけ型以外の場合、処方機種を必要とする理由を確認。

③ 次のア又はイの場合、『処方理由等』欄に必要とする理由の記載があるか確認。

- ア 現症聴力レベルが 4 級、6 級程度 (90dB 未満) の方で、重度難聴用を選択
 イ 現症聴力レベルが 2 級、3 級程度 (90dB 以上) の方で、高度難聴用を選択

『処方理由等』欄の記載がない場合は、補聴器店で試聴の様子や処方医に確認を行い、出力に余力があり問題がなければ、その内容を判定依頼書備考欄に記入すること。なお、イの場合で、試聴したところ高度難聴用では不足していたときは、病院へ重度難聴用への処方変更(要訂正印)を依頼し、補装具事業者へ見積書の差し替えを求める。

④ 処方箋と見積書の内容が異なる場合には、上記③と同様の調査を行ない、合致させたいうで進達すること。

(2) 見積書について

見積書には試聴を行なった総合支援法対象の機種名の記載が必要。記載が漏れている場合は、補聴器店に確認し、見積書の余白部分に記載すること。

支給基準に該当する補聴器であるか確認を行なうため、申請時には選定した補聴器(総合支援法対象の補聴器を含む)の JIS 規格に基づく性能表示があるカタログ等写しの提出が必要。

	基本構造	
	JIS C 5512-2000 による	JIS C 5512-2015 による
高度用	90 デシベル最大出力音圧のピーク値の表示値が <u>140 デシベル未満</u> のもの	90 デシベル入力最大出力音圧レベルの最大値(ピーク)の公称値が <u>130 デシベル未満</u> のもの
重度用	90 デシベル最大出力音圧のピーク値の表示値が <u>140 デシベル以上</u> のもの	90 デシベル入力最大出力音圧レベルの最大値(ピーク)の公称値が <u>130 デシベル以上</u> のもの

また、デジタル補聴器については専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合、調整額加算が認められている。手続きの基本的な流れは以下のとおりとする。

申請時【提出】補装具事業者→市町村

- ・見積書;調整を担当する専門的な知識・技能を有する者の氏名記載(※1)
- ・言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は同カードの写し(※2)

補聴器 引き渡し後【提出】補装具事業者→市町村

- ・支給券
- ・『デジタル補聴器の装用に関し専門知識、技術を有する者の証明』(※3)

※1 調整額 2,000 円に対して 6%の加算は不可。

※2 見積書に明記してある者と同一であるか確認。認定期間を過ぎていないか確認。

※3 申請時に提出された見積書・証明書等と同一人物であるか確認。

4 支給の判断について

(1) 差額自己負担による機種変更について

① 差額自己負担による機種変更が可能な場合

本人が希望するデザイン、素材等を選択することにより基準額を超えてしまう場合、基本構造が同じものであれば、差額を自己負担することを条件に判定と名称が異なる補聴器への変更が可能。

※差額自己負担による機種変更ができない場合

- ・高度難聴用から重度難聴用への変更(基本構造が異なるため)
- ・重度難聴用から高度難聴用への変更(基本構造が異なるため)

② 支給券の記載について

- ・市町村で発行する支給券の基準額及び見積額は、希望機種の価格ではなく、告示の基準額及び基準額以内での見積額となる。
- ・修理においても判定機種に対応する修理項目の基準額までの支給となり、それ以外は自己負担となる。

③ 差額自己負担による機種変更の手続きについて

(判定依頼を行う場合)

必要書類	・判定依頼書 ・補装具費支給意見書・処方箋 ・見積書(基準分)(※試聴を行なった総合支援法対応機種名記載) ・試聴を行なった機種の性能表が明記してあるカタログ(写し) ・差額自己負担による機種変更説明書
希望機種の確認方法	当所で判定を行った補聴器については、当所で確認を行う。製品検査時に補装具事業者持参による支給券、製品検査名簿、補聴器(希望機種)、希望機種カタログ(性能表)等により確認。

- ・申請時に差額自己負担での機種変更を予定している場合は、判定依頼書備考欄にその旨を記載。
- ・『補聴器差額自己負担による機種変更説明書』について
 - ア 申請時に差額での機種変更を希望している場合
 - 受付時に聴取し判定依頼関係書類に写しを添付(市町村担当→更生相談所)
 - イ 判定後に差額での機種変更を希望した場合
 - 原本は支給券と一緒に提出(補装具事業者→市町村)
 - 製品検査時は写しを提出(補装具事業者→更生相談所)
- ・差額自己負担による機種変更の希望があっても市町村での判断が可能。

(2) 耐用年数内での再支給について

- ###### ① 使用状況などを聴取し現物確認のうえ、修理または再支給が適当か判断することが必要。
- 通常使用下での故障により修理不能の場合には、補聴器店からの修理不能証明書(メーカーからの見積り、写真等)の添付により再支給が可能。また、修理の見積が高額になる場合は再支給との比較検討が必要。

- ② 災害等本人の責任に拠らない事情により亡失・毀損した場合は、新たに必要と認める補装具費の支給が可能。耐用年数内での再支給決定に際しては、亡失・毀損状況の詳細な調査が必要。

(3) 装用耳について

- ① 補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則として1種目につき1個。児については、教育上必要な場合、両耳分の支給が可能。者(18歳以上)については、教育上又は職業上、両耳装用が真に必要と認められる場合は支給対象となりうる。その際は、実態調査表等の提出が必要となる。詳しくは個別に相談いただきたい。
- ② 補聴器の場合、支給対象耳は、補聴器の装用効果が高い方と考える。
- ③ 補装具費支給対象耳を明確にしておくことが必要(台帳での管理上でも)。

(4) 特殊な補装具の申請について

耳あな型、両耳装用、ワイヤレス補聴システムは真に必要とする者が対象となるため、実態調査表が必要となる。詳しくは個別に相談いただきたい。

5 その他

(1) 判定依頼書の記載方法について

- ① 装用耳(右、左、両方)を必ず確認し、記載すること。
- ② 差額自己負担による機種変更がある場合は、その旨を備考欄に記載すること。
- ③ 現症聴カレベルと処方内容が合致しない場合は、3(1)の③により調査のうえ、その結果を備考欄に記載すること。
- ④ 申請受付時、人工内耳装用について確認を行い、装用ありの場合はその旨を備考欄に記載すること。(※人工内耳音声処理装置が補装具修理の対象となったことから、装用について把握する必要あり)

(2) 市町村での判断について

令和3年3月12日付 福総相 1089号『「補聴器支給決定の手順」について』を参考に、市町村で判断可能なものは、新規申請についても判定依頼を行わず支給決定を行える。

＜参考＞ 補聴器カタログ性能表の例

【JIS C 5512-2000 の場合】

製品名		90dB 最大出力音圧レベルピーク (dB)以下	最大音響利得 (dB)		誘導コイル最大感度規準(±5dB)	電池タイプ	電池寿命 (h)
			ピーク	160D (±5dB)			
耳かけ型	ア	143	74	62	108	13	約254
	イ	141	78	69	130	675	約500
	ウ	149	82	76	135	675	約225
	エ	139	68	56	98	13	約254
	オ	136	69	55	116	13	約215

本データは JIS C 5512-2000 に基づいて測定表示されています。

90dB 最大出力音圧レベルのピーク値の確認

高度難聴用処方→140dB 未満

重度難聴用処方→140dB 以上 となっているか

【JIS C 5512-2015 の場合】

製品名		最大音響利得 (50dB 入力)		90dB最大出力音圧レベル		誘導コイル感度	使用電池	電池寿命 (時間)
		最大値(ピーク値) (+3dB 以下)	HFA-FOG (±5dB 以内)	最大OS PL90 (±3dB 以下)	HFA-OSPL90 (±6dB)			
耳かけ型	A	58	51	126	110	78	リチウムイオン	~24
	B	56	48	122	112	75	PR41 (312)	80~120
	C	66	58	131	125	88	PR48 (13)	140~220
	D	71	62	131	125	92	PR48 (13)	100~160

本データは JIS C 5512-2015 の 2cc カプラに基づいて測定表示されています。

90dB 入力最大出力音圧レベルの最大値(ピーク)の公称値の確認

高度難聴用処方→130dB 未満

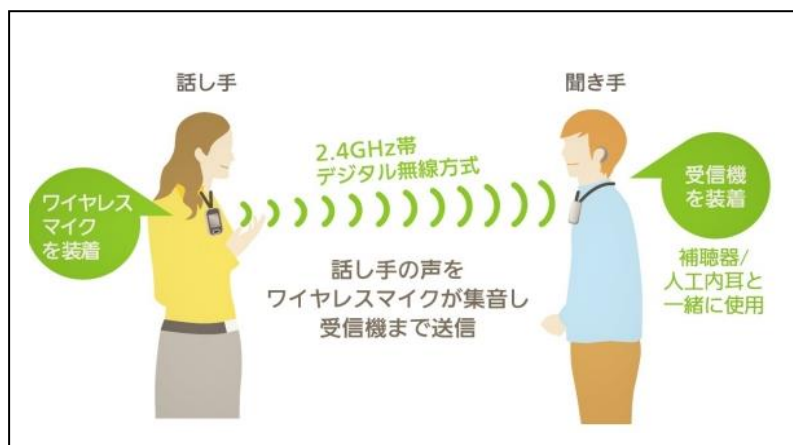
重度難聴用処方→130dB 以上 となっているか

<参考> 補聴器のいろいろ



ワイヤレスマイク、受信機

- ・補聴器等と組み合わせて使用することで、離れた話者の聞き取りに有効。
- ・補装具としては教育上や職業上、真に必要と認められる場合のみ支給対象となる。
- ・原則、送信機一台、受信機一台の支給。
- ・重度難聴用耳かけ型補聴器の場合は、修理基準に掲げる交換の価格の範囲内で必要な額の加算が可能(それ以外では特例補装具となる)。



9 人工内耳用音声信号処理装置について

1 修理費支給対象者

聴覚障害者(児)で、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修理を必要であると判断している者

2 対象機器

人工内耳用音声信号処理装置(標準型・残存聴力活用型)のみ

※以下の機器は対象外

- ・人工内耳用インプラント
- ・人工内耳用ヘッドセット(マイクロホン・送信コイル・送信ケーブル・マグネット・接続ケーブル等)
- ・人工内耳用音声信号処理装置の電池

3 支給の留意点

支給決定に当たっては、市町村は、当該人工内耳音声信号処理装置について、補装具事業者(人工内耳メーカー)や本人への聞き取りを行い、以下の項目を確認する。

- (1)補装具事業者が定める保証期間を超過していること
- (2)補装具事業者が修理可能と判断していること
- (3)申請者が人工内耳音声信号処理装置の修理を対象にした任意保険に加入していないこと

◇ 医師は、『補装具費支給意見書・処方箋(人工内耳用音声信号処理装置の修理)兼確認票』を作成する。

- ・受託報酬額に10%を加算することができる
- ・市町村で判断可

10 重度障害者用意思伝達装置について

1 支給対象者について

重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。

難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。

- (1) 身体障害者・児の身体状況については、原則として身体障害者手帳(以下「手帳」という。)の所持が必要。なお、両上下肢障害で実際の障害状況が「全廃」であっても、障害名は「著しい障害」の記載の場合や、音声・言語機能障害の手帳を所持していない場合は、現在の状態を医師が確認することで判断を行う。
- (2) 音声・言語機能障害に該当しない者であっても、人工呼吸器常時装着や気管切開を行っている場合は、コミュニケーション能力が現在どの程度あるのか確認し判断を行う。
- (3) 体幹機能障害の手帳所持者については、手帳の見直し(「両下肢機能障害」への見直し)を必ずしも求めるものではない。
- (4) 難病患者等については、原則身体障害者・児の手続きに準ずる。身体状況については、医師意見書・処方箋(様式 14-1)及び重度障害者用意思伝達装置申請に基づく意見書(様式 14-2)にて、現在の状態の確認を行う(記載者については4の項参照)。

※ 原則、現在の身体状況で判断を行いますが、筋萎縮性側索硬化症等の進行性疾患においては、判定時の身体状況が必ずしも支給要件に達していない場合であっても、急速な進行により支給要件を満たすことが確実と診断された場合は、早期支給を行うように配慮する必要があります。

2 判定方法(購入・借受け同様)

訪問調査による判定を基本とするが、コロナ禍のため事例ごとに対応を検討する(動画にて確認等)。

更生相談所で判定を行ったもの(訪問調査を省略したものも含む)については、市町村担当者が適合状況及び使用状況を確認のうえ、適合報告書(要写真添付)を作成し、送付すること。その内容を確認することで適合判定及び製品検査の実施とする。

3 機種選定の留意点

- ・文字等走査入力方式の場合、使用目的や付加機能によって対象となる機器が異なる。
- ・入力装置は、本人の身体状況に合ったものを試用のうえ、操作可能であるか確認が必要。

4 書類確認時の留意点

(1) 意見書・処方箋(様式 14-1)について

- ① 記載者…身体障害者福祉法第 15 条に規定する指定医師。難病患者等については「難病の患者に対する医療等に関する法律」第 6 条第 1 項に規定する指定医。
- ② 『現在の身体状況』のチェック及び記入漏れがないかを確認すること。
- ③ 処方のチェック漏れ、製品名の記載漏れがないかを確認すること。
- ④ 処方本体『付加機能の必要性』と様式 14-2『2(1)使用目的』との整合性を確認すること。
- ⑤ 『使用効果見込み』は記載が必須。記載がない場合は医師に確認すること。

(2) 重度障害者用意思伝達装置申請に基づく意見書(様式 14-2)について

- ① 記載者…支援にかかわる施設・病院の専門職種(理学療法士や作業療法士)資格者等。
- ② 『3(4)試用状況』には申請機器や使用経験がある機器についての試用(使用)状況の記載が必要。意思伝達装置の使用経験がない場合は、申請機器の試用を勧めること。

(3) 事前調査書及び適合報告書について

- ① 記載者…各市町村担当
- ② 事前調査書は、支給対象に該当するか確認を行うために必要な書類である。各項目について申請者又は家族等に聴き取りを行い記載すること。
試用実績や使用経験の確認は、判定を行うために必要。訪問調査時に使用効果が見込めない場合、再度機種選定からやり直すこととなり支給が遅れるため、事前調査書の裏面の留意点に沿って確認及び対応をお願いしたい。なお、日常生活用具、自費購入等で意思伝達装置の所持がある場合は、判定依頼書備考欄に記載すること。
- ③ 適合報告書は、補装具事業者と日程を調整し支給決定後の仮納品後に使用状況を確認のうえ記載すること。適合確認の際には、本人が使用している様子(セッティングの状況)がわかる写真および支給決定した機器・付属品の写真を撮影のうえ、適合報告書と併せて提出すること。

5 申請から支給決定までの流れ

<新規申請>

○聞き取りのポイント

- ・現症(手帳の記載内容と変わっている場合もあるため、必要に応じて医師への確認が必要)
- ・疾患名
 - ◻ 重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者
 - ◻ 難病であれば、音声・言語機能及び神経・筋疾患であることが必要
- ・現在のコミュニケーションの状況: Yes/No(うなづき、表情等)、発声、文字盤等
- ・在宅、入院、入所の別(かかりつけ医、専門職との関わり等の確認のため)
- ・どうやって知ったか(誰にすすめられたか、自分で調べたか等)
- ・試したかどうか(デモ)
 - ◻ 試した場合: 業者名を尋ねる。
 - ◻ 試していない場合: 試用してからの申請となる。病院や施設への相談を促す。

○判定依頼に必要な書類の準備

- ・判定依頼書・事前調査書 : 市町村担当作成
- ・意見書処方箋(様式 14-1、様式 14-2) : 医師作成
- ・見積書・カタログコピー(処方されたもの全て) : 補装具事業者作成

○訪問調査時の調整

相談所にて書類内容確認後、市町村担当者が次にあげる関係者の日程調整を行なう。
{申請者本人(介助する家族等)、補装具事業者、意見書記載者(可能であれば)、市町村担当者、県判定担当者}

○適合状況及び使用状況確認 上記4(3)③参照

○適合判定、製品検査について

当所にて、適合報告書、写真の内容から判定医による適合判定・製品検査を行ない、支給券に押印後、市町村又は補装具事業者へ送付する。その後、本人受領となる。

<修理・再支給申請>

症状の進行によりスイッチの変更がある場合は修理申請となる(必要書類と流れは新規申請と同様)。

6 その他

(1)プリンタについて

申請者にプリンタの必要性の有無を聞き取り、「無」の場合、カタログや見積書の確認をおこなった後、必要に応じて本体価格から 15,000 円減額すること。

(2)「オペレートナビ TT」等を搭載したパソコンの申請について

重度障害者用意思伝達装置のうち「パソコンをベースとしてソフトウェアを組み合わせた(インストールした)意思伝達装置」におけるパソコン本体の取扱いについては、以下の①②の条件をいずれも満たす場合、パソコンも支給対象とすることが可能。なお、購入費用はソフトウェアとパソコン本体が告示の基準額の範囲内とする。

①「重度障害者用意思伝達装置」導入ガイドラインに示された「専用機器」としての要件を満たす対応ができること。

→パソコンをベースとしてソフトウェアを組み合わせた(インストールした)意思伝達装置に該当する内容の申請では、申請時に『重度障害者用意思伝達装置の「専用機器」に関する証明書』の添付が必要。補装具事業者は証明書に署名・押印を行い、申請者(家族)に対し証明内容の説明を行う。申請者(家族)は説明を受け、署名(本人氏名は代筆可)・押印等を行い、必要書類と一緒に申請すること。

② パソコン本体は、推奨動作環境モデルパソコンと同等の性能であること。

申請時、パソコン本体の性能が分かる仕様書を添付する。仕様書内容で確認を行う。

申請者の希望により、申請者が所有するパソコンに「意思伝達装置の機能を有するソフトウェア」をインストールして利用する場合には、そのソフトウェアにかかる購入費用は、特例補装具費としての対応が可能ですが、パソコン本体の購入費及びその修理費は補装具費の支給対象外です。

なお、操作スイッチ類等は、本体が専用機器(購入基準内)か、特例補装具かに関わらず、補装具費の支給対象となります。

(3)その他、特例補装具について

補装具費支給基準にない意思伝達装置の相談があった際には、個別の対応となるので相談時点で更生相談所まで連絡ください。

<参考> 重度障害者用意思伝達装置(本体)のいろいろ

○本体(二つの方式)の例

【文字等走査入力方式】文字や単語をスイッチ操作により選択することでことばを綴るもの



ファインチャット



伝の心



TCスキャン



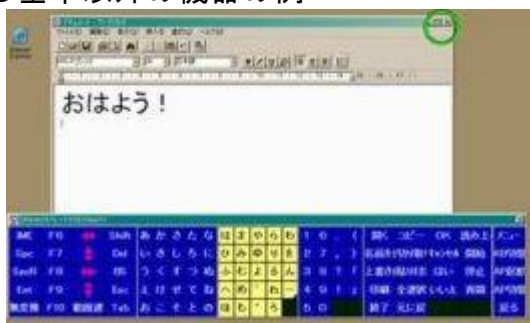
OriHime eye

【生体現象方式】生体現象(脳波や脳の血液量等)を利用して「はい・いいえ」を判定するもの



マクトス

○基準以外の機器の例



オペレートナビ TT (ソフト)

Windows 操作支援ソフトウェア(オペレートナビ TT)を用いて Windows のアプリケーションを操作する。

パソコンの知識・経験があり、様々な機能を使用したい人向け。

<参考> 入力装置(スイッチ)のいろいろ

<p>接点式</p> 	<p>操作が分かりやすく、クリック音やクリック感などの操作感があるので入力したことを確認できる。手だけでなく足や頬などいろいろな身体部位で操作することができる。</p>	<p>帯電式</p> 	<p>身体の静電気に反応する装置なので、荷重をかける必要がなく操作部位に力がなくても操作できる。</p>
<p>筋電式</p> 	<p>腕やあごなどの大きな筋肉が収縮するときが発生する筋電の強弱を、検知する装置。眼球の素早い動きを検知することもできる。</p>	<p>光電式</p> 	<p>スイッチにタッチしなくても設定した距離まで近づけば反応する。感度が高く、操作部位のわずかな動きを検知可能。額やまぶたなど、接触が煩わしい部位でも操作できる。</p>
<p>呼気式</p> 	<p>呼気圧を検知する装置。同じスイッチで「吹く」、「吸う」の2つの入力まで可能。</p>	<p>圧電素子式</p> 	<p>わずかな力でも薄板がたわみ、発生した電圧を検知する装置。操作部位のわずかな動きを捉えることができる。手、足、顔など様々な部位で使用可能。</p>
<p>空気圧式</p> 	<p>エアバッグを身体の様々部位で押すことにより、空気圧の変化を検知する装置。押す強さは感度調整で変更でき、手、足、頭など動きの大きさに合わせる事が可能。</p>	<p>視線検出式</p> 	<p>視線の動きをカメラ(センサ)で捉え、信号処理によって出力を得る装置。画面上の文字盤を見つめて、その文字を選択入力する。</p>

重度障害者用意思伝達装置事前調査書

氏名		生年月日	年 月 日 歳
申請理由			
使用場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院() <input type="checkbox"/> 入所()		
身体状況について ※1	①音声による会話: <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 特定の人となら会話可能 <input type="checkbox"/> 会話不可 ②聴力の状況(日常会話への支障の有無): <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ③視力・視野の状況(日常会話への支障の有無): <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ④日常会話の理解: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能(療育手帳等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
希望の意思伝達装置	支給 [<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再支給] / <input type="checkbox"/> 修理 本体 : レッツチャット・伝の心・その他()		
今回の申請に伴う 試用(デモ)実績 (1週間程度)※2	1. 有り	<input type="checkbox"/> 申請内容と同じもの 試用期間 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 本体機種のみ申請内容と異なるもの 商品名:[] 試用期間 年 月 日 ~ 年 月 日 業者名/連絡先[] 業者担当者氏名[]	
	2. 無し	<u>※試用がない場合は、以下の該当するものにチェックをしてください</u> 意思伝達装置の操作経験 <input type="checkbox"/> 申請内容と同じ内容の操作経験有り [使用期間 年 月頃 ~ 年 月頃] <input type="checkbox"/> 本体機種のみ異なる内容の操作経験有り [商品名:] [使用期間 年 月頃 ~ 年 月頃] <input type="checkbox"/> 無し	
ご本人の障がい 状況が分かる 医療関係者	担当者氏名・職種[] 所属・連絡先[] ※相談所から担当者へ連絡をすることがあります		
年 月 日 記入者:		(市町村・担当課)	

・※1及び※2については、留意点を御参照ください。
 ・市町村担当職員が記載し、判定依頼の際に添付してください。

重度障害者用意思伝達装置事前調査書留意点

事前調査書は、重度障害者用意思伝達装置の申請受付の際にご確認いただき、記載をお願いします。

※1 身体状況の確認は、支給対象に該当するか確認を行うために必要となります。
音声言語障害の手帳所持でない場合は特に、現症(音声による会話状況)の確認が必要になります。

- ①音声による会話で「会話可能」な場合は、支給対象外です。
- ②③④で支障有り又は理解不可能の場合、判定依頼受付後、試用の際の状況調査を行うことがあります。

※2 今回の申請に伴う試用実績:

- ・原則、申請前の1週間程度の試用(デモ)が必要です。
- ・試用・操作経験の時期が、申請より1年以上前の場合は、現症の変化による不適合の可能性もあるため、ご本人の障がい状況の分かる関係者に確認をお願いします。

試用実績を確認いただき、以下の該当する対応をお願いします。

