

補装具費の支給

◆ 身体に障害のある方や難病患者等に対し、失われた身体機能を補い、日常生活を容易にする用具の購入や修理の費用を支給します。



◎手続きの流れは、P40をご覧ください。

◎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。

◎購入後の用具については支給対象となりません。**必ず事前に申請**してください。

◎費用負担

用具の種類別に定められた
基準額内の**1割**は個人負担
→ただし上限あり(右表)

世帯区分	利用者負担
生活保護世帯	0円
市民税非課税世帯	0円
市民税課税世帯	37,200円
市民税所得割額46万円以上	全額利用者負担

《申請に必要な書類》 用紙は障害福祉課・各支所地域総務課にあります。

区分	種 目		交 付					修 理					備 考
			申請書	意見書	処方箋	見積書	その他	申請書	意見書	処方箋	見積書	その他	
肢体不自由	義肢	骨格構造	○	×	×	×		○	×	×	×		意見書 身障手帳の指定医師(児童は育成医療機関) ☆ 金額や修理の内容によっては必要 ● 環境調査書 ★ 理由書
		殻構造	○	○	○	○		○	☆	×	○		
	装具		○	○	○	○		○	☆	×	○		
	座位保持装置		○	×	×	×		○	×	×	○		
	車椅子	オーダーメイド	○	○	○	○		○	×	×	○		
		(手押型以外タイプ)	○	○	×	○		○	×	×	○		
		(手押型タイプ)	○	×	×	○		○	×	×	○		
	電動車椅子		○	×	×	×	●	○	×	×	○		
	歩行器		○	○	×	○		○	×	×	○		
	歩行補助つえ(一本つえを除く)		○	×	×	○		○	×	×	○		
座位保持椅子・排便補助具・起立保持具・頭部保持具		児童のみ	○	○	×	○		○	×	×	○		
視覚	視覚障害者安全つえ		○	×	×	○		—	—	—	—	—	
	義眼		○	○	×	○		—	—	—	—	—	
	眼鏡(矯正眼鏡・遮光眼鏡・弱視眼鏡・ソフトコンタクト)		○	○	×	○		—	—	—	—	—	
聴覚	補聴器	ポケット型	○	○	×	○		○	×	×	○		
		耳かけ型	○	○	×	○		○	×	×	○		
		耳あな型	○	○	×	○	★	○	×	×	○		
音声肢体	重度障害者用意思伝達装置		○	○	○	○		○	×	×	○		

補装具の種目

種目	種類	交付のめやす [主たる耐用年数基準]
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 [殻構造3～4年]
	上腕義手	上腕切断者 [殻構造3～4年]
	肘義手	肘関節離断者・肘関節近位切断者 [殻構造3年]
	前腕義手	前腕切断者 [殻構造3年]
	手義手	手関節離断・手根部を残した手部切断者 [殻構造3年]
	手部義手	手根部切断者 [殻構造1～2年]
	手指義手	指切断者 [殻構造1～2年]
義足	股義足	股関節離断・大腿の極短断端者 [殻構造4年]
	大腿義足	大腿切断者 [殻構造3～5年]
	膝義足	膝関節離断者 [殻構造2～3年]
	下腿義足	下腿切断者 [殻構造2年]
	果義足	踵切断(サイム切断)者 [殻構造2年]
	足根中足義足	足部切断者 [殻構造1～2年]
	足指義足	足指切断者 [殻構造1年]
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年]
	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年]
	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年]
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殆どなくしたものの [3年]
	短下肢装具	脳卒中、ポリオ、脊髄損傷、腓骨神経麻痺、脳性マヒ等で、足が内反尖足等のもの [1.5～3年]
	足底装具	脳性麻痺、外反足等による足の変形や脚長差のあるもの [1.5年]
	股装具	股関節運動の固定や運動制限が必要なもの [2～3年]
	膝装具	膝関節の動揺、膝反張のあるもの [2～3年]
	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年]
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年]	
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、側わん症等で、脊柱の固定、支持の必要なもの [1～3年]
	側わん矯正装具	
座位保持装置		長時間座位姿勢をとることができないもの、又は自力で座位姿勢を保持できないもの [3年]
歩行補助つえ	松葉づえ	歩行不安定なもの [2～4年]
	多点杖	つえによる歩行が不安定なもの [4年]
	ロフストランド・クラッチ	手による支えの不十分なもの [4年]
	カナディアン・クラッチ	
	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 [4年]

種目	種類	交付のめやす [主たる耐用年数基準]	
車椅子	普通型	歩行障害があり、義肢・装具等のほかの補装具によっても移動が困難であると医学的に判断できるもの	<u>車椅子共通事項</u> ①下肢・体幹機能障害1、2級のもの(3、4級は別に理由書が必要) 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既製品では適合するものがないこと(面接による判定が必要) [6年]
	リクライニング [〃] 普通型	ア 頸髄損傷者で低血圧性発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとることにより発作を防止する必要がある者 イ リウマチ性の障害等により四肢や体幹に著しい運動制限があつて座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要がある者	
	手動リフト普通型	車椅子乗降において一部介護を受けている者のうち、当該車椅子を使用することによって自力乗降が可能となる等、日常生活または社会生活において真に必要な者	
	前方大車輪型	普通型車いすより小回りが利き、操作部位が前に位置するため、上肢に障害のある者に適する	
	リクライニング [〃] 前方大車輪型	前方大車輪型の操作が可能であり、障害の状況からリクライニング [〃] 式を必要とする者	
	片手駆動型	片麻痺や三肢麻痺障害のある者	
	リクライニング [〃] 片手駆動型	片手駆動型車椅子の操作が可能であり、障害の状況からリクライニング [〃] 式を必要とする者	
	レバー駆動型	歩行困難で、かつ、片上肢機能に障害がある者	
	手押し型	歩行困難で、上肢障害があるため手動操作が不可能であつて、移動に介助を必要とする者	
	リクライニング [〃] 手押し型	手押し型の対象者で、障害の状況から背もたれのリクライニング [〃] を必要とする者	
電動車椅子	普通型 4.5km/h タイプ	全般…学齢児以上であつて、次のいずれかに該当するもの ア 重度の下肢機能障害者であつて、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない者 イ 呼吸器機能障害、心臓機能障害によって歩行に著しい制限を受ける者であつて、医学的所見から適応が可能なる者 リクライニング [〃] 式…次のいずれかに該当するもの ア 頸髄損傷者で低血圧性発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとることにより発作を防止する必要がある者 イ リウマチ性の障害等により四肢や体幹に著しい運動制限があつて座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要がある者	[6年]
	普通型 6.0km/h タイプ		
	手動兼用型		
	リクライニング [〃] 普通型		
	電動リクライニング [〃] 普通型		
	電動リフト普通型		
	電動ティルト普通型		
	電動リクライニング [〃] ・ティルト普通型		
歩行器	下肢麻痺や筋力低下で不安定歩行のもの	[5年]	
種目	種類	交付のめやす [主たる耐用年数基準]	

■福祉用具

重度障害者 意思伝達装置		<ul style="list-style-type: none"> 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と認められるもの 進行性疾患で、近い将来同等の障害を有する可能性が高いと医学的に認められるもの 	[5年]
児童のみ	頭部保持具	頭部の安定を図ることが困難なもの	[3年]
	座位保持椅子	自力で座位姿勢を保持できないもの	[3年]
	起立保持具	自力で起立姿勢を保持できないもの	[3年]
	排便補助具	座位による排便が困難なもの	[2年]
義眼	普通義眼	眼球がないか、著しく小さいため機能を果たしていないもの	[2年]
	特殊義眼	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	
	コンタクト義眼	角膜内に白斑、変形などがあって、外見上の問題がある場合	
眼鏡	矯正眼鏡、コンタクトレンズ	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	[4年]
	弱視眼鏡	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	
	遮光眼鏡	羞明を来していること 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	
視覚障害者安全つえ		視覚障害者で必要のあるもの	[2～5年]
補聴器	高度難聴用 (ポケット型・耳かけ型)	概ね聴力 90dB 以下(4級・6級相当)	[5年]
	重度難聴用 (ポケット型・耳かけ型・FM型)	概ね聴力 90dB 以上(2級・3級相当)	
	耳あな型 (レディメイド・オーダー)	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(理由書が必要) 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	
	骨導式 (ポケット型・眼鏡型)	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	

軽度・中等度難聴児に対する補聴器購入補助

- ◆ 補装具費の支給対象とならない軽度・中等度難聴の子どもの補聴器購入(修理)に対する補助制度です。購入前に障害福祉課にご相談ください。

例) 耳かけ型補聴器 $52,900 \text{ 円} \times 2/3 = 35,000 \text{ 円}$ が補助されます。

- <対象者>
- 県内に住所を有し、保護者が諫早市内に住所を有していること
 - 両耳の聴力レベルがそれぞれ30db以上であること
 - 補聴器の装用により、言語の習得など一定の効果が期待できると医師が判断していること