

# 補装具費支給意見書 (参考様式 視覚障害用)

氏名		大正・昭和 平成・令和	年	月	日生( 歳)
住所					
身障手帳の障害名	( 級)				

## 1 視覚障害の状況及び所見

### ①現 症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

### ②視 力

	裸眼	矯正	矯正眼鏡
右			
左			

③視野障害 有 ( )  
無

## 2 必要と認める補装具

①補装具の名称等 (該当欄に○をつけ、使用効果、処方等を記入してください)

	名 称	○印	使用効果見込・適応理由	
義 眼	レディメイド <sup>®</sup>			
	オートマイト <sup>®</sup>			
眼 鏡	矯正用			
	遮光用	前掛式		
		掛けめがね式		
	コンタクトレンズ			
	弱視用	掛けめがね式		
		焦点調整式		

### ②処 方

上記のとおり障害者総合支援法による補装具費支給について、意見を付します。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
診療担当科  
指定医師名