補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置用）　様式５

氏　名	（男・女）	M･T･S･H･R　年　月　日生（　歳）	
住　所			
傷　病　名			
障がい名 （疾患名）	肢体不自由……級 ＊障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（□する・□しない） 音声・言語機能障害……級		
障がいの状況 （重度障害者用意思伝達装置が必要となる状況について詳細に記入してください。）	肢体不自由の状況（注：難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動についても記載する。） 音声・言語機能の状況		
名　称	○文字等走査入力方式　（１）簡易なもの　（２）通信機能が付加されたもの　（３）環境制御機能が付加されたもの ○生体現象方式 （機器名：　）		
入力操作可能部位及び入力装置	手・指・足・額・頬・舌・顎・眼・呼気 その他（　）入力装置（　）		
試行期間及び結果	平成　年　月　日～平成　年　月　日 （　） 使用効果（有・無）		
意　見			

令和　年　月　日　　医療機関名
所　在　地
診療担当科　　科　医　師　名　　印

令和　年　月　日　　岐阜県身体障害者更生相談所意見

＊備考　対象者：○重度の両上下肢及び音声・言語機能障害であって、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。　　岐阜県身体障害者更生相談所