

補 装 具 費 支 給 意 見 書 (視 覚 用)

様式 9

対 象 者	住 所	岐阜県 市 町 郡 村 番地			
	氏 名				男・女
生 年 月 日	(M・T・S・H・R) 年 月 日 生 歳	職 業			
原 因				程 度	級
障 が い 名				乱 視	有 ・ 無
現 在 の 障 が い 状 況				乱 視	有 ・ 無
補 装 具 の 処 方				使用効果	有 ・ 無
義 眼	普通義眼		所 見 等		
	特殊義眼				
	コンタクト義眼				
眼 鏡	矯 正 眼 鏡	遮 光 眼 鏡	前掛式(遮光眼鏡のみ)	*高倍率(3倍率以上)の必要性(有・無)	
			6D未満		
			6D以上10D未満		
			10D以上20D未満		
			20D以上		
コンタクトレンズ					
弱 視 眼 鏡	弱 視 眼 鏡	掛けめがね式			
		焦点調整式			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 科 医師名 印					

備考*遮光眼鏡の対象者は、以下の要件を満たす者。1) 視覚障害により身体障害者手帳を取得していること。2) 羞明を来していること。3) 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。4) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。*この際、以下項目を参照の上、遮光眼鏡の装用効果を確認すること。(意思表示できない場合、表情、行動の変化等から総合的に判断すること。)・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・暗転時に遮光眼鏡をはずすと暗順応が早くなる。

*弱視眼鏡(高倍率)は、職業上又は教育上真に必要な者。 *補装具の交付数は原則1種目1個です。