

補装具（肢体不自由）の申請に際しての調査用紙

相談日	令和 年 月 日			
区	青・宮総・宮・若 太・泉	氏名 (使用者)		記入者 本人・家族・ その他()

① 今回申請したい補装具

※太字下線の種目は判定が不要な場合があります。

別紙「申請のみなさまへ」によりご確認ください。

- 車椅子 電動車椅子 靴型装具 義足 義手 座位保持装置
下肢装具（短下肢・長下肢・足底・その他） 上肢装具 体幹装具
重度障害者用意思伝達装置 その他()

② 申請理由

- 破損 老朽化 障害状況が変化した 合わない 新規購入 その他

具体的な理由

③ 現在使用の補装具はいつ作製しましたか？

現在使用していない ・ _____年頃

④ 現在使用している方へお聞きします。その際、どの制度を利用しましたか？

- 医療保険（病院で作製） 補装具で作製 自費（直接購入）
その他()

⑤ 再支給の方に希望する補装具の内容をお聞きします。

- 前回と同じもの 前回と違うもの()

⑥ 生活の状況について伺います。

◆現在一緒にお住まいのご家族についてあてはまる箇所には○をつけてください。

同居（本人との続柄： _____） ・別世帯だが近隣に住んでいる ・一人暮らし
その他()

◆現在の日中活動についてあてはまる箇所には○をつけてください。

・就労（週 日） ・通所施設（週 日：施設名 _____）
 ・入所施設（施設名 _____） ・その他()

⑦ 障害者総合支援センターで判定を受ける日（判定が必要な場合のみ）

ご希望の曜日に○をつけてください。

第2、第4火曜日（午前） ・ 第2、第4水曜日（午後） ・ 第1、第3金曜日（午後）

⑧ ご連絡先（判定日や手続きについて、日中連絡がとれる連絡先をご記入ください）

氏名： _____（本人との続柄： _____）

連絡先電話番号： _____

その他(ケアマネージャー、施設職員等)： 事業所名 _____

役職 _____ 担当者 _____