

## 新潟市補装具費の支給事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第76条に規定する補装具費の支給事業について、法、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（平成18年政令第10号。以下「施行令」という。）、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規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「施行規則」という。）並びに「補装具費支給事務取扱指針」の制定について（平成30年3月23日付け障発0323第31号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）で定める補装具費支給事務取扱指針（以下「取扱指針」という。）その他別に定めがあるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### (補装具費の支給申請)

第2条 施行規則第65条の7に規定する補装具費の支給申請書は、補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書（別記様式第1号）とする。

2 申請の際に必要な医師の意見書等の様式は次の通りとする。

- (1) 補装具費（購入・借受け・修理）支給意見書（別記様式第2号の1）
- (2) 補装具費支給意見書（車いす／姿勢保持装置）（別記様式第2号の2）
- (3) 補装具費支給意見書（義肢・装具）（別記様式第2号の3）
- (4) 補装具費支給意見書（重度障がい者用意思伝達装置）（別記様式第2号の4）
- (5) 電動車いす社会状況調査表（別記様式第3号）
- (6) 補装具費支給調査書（耳あな型補聴器）（別記様式第4号）
- (7) 介護保険要支援・要介護認定者補装具申請用調査書（別記様式第5号）
- (8) 人工内耳用音声信号処理装置確認票（別記様式第6号）

### (申請受付等)

第3条 市長は、法第4条第1項に規定する障害者（以下「障がい者」という。）又は法

第4条第2項に規定する障害児（以下「障がい児」という。）の保護者（以下「申請者等」という。）から前条の申請を受け付けた場合には、調査書（別記様式第7号）を作成するものとする。

- 2 市長は、取扱指針に基づき、身体障害者更生相談所等（以下「更生相談所等」という。）の判定を要せずに補装具費の支給を決定できる申請は、審査のうえ速やかに補装具費の支給を決定するものとする。また、判定が必要な補装具の場合には、補装具費の支給の要否について、更生相談所等に対し、補装具判定依頼書（送付分）－判定書（別記様式第8号）により、障がい者の場合は判定依頼、障がい児の場合は意見照会を求め、その結果により速やかに補装具費の支給を決定するものとする。

（支給の決定等）

第4条 市長は、前条により補装具費の支給を決定したときは、申請者等に対し、補装具費支給決定通知書（別記様式第9号）及び補装具費支給券（以下「支給券」という。）を交付する。

- 2 前項の支給券は、購入又は修理の場合にあつては別記様式第10号（1）に、借受けの場合にあつては借受けの期間に応じて、別記様式第10号（1）から別記様式第10号（3）までによるものとする。

- 3 市長は、支給を却下することとしたときは、補装具費の支給却下通知書（別記様式第11号）により申請者等に通知するものとする。

（補装具費の支給方法）

第5条 申請者等は、補装具の販売又は修理を行う事業者（以下「補装具事業者」という。）より補装具の引渡しを受けてから、補装具事業者へ当該申請に係る補装具の購入又は修理に要した費用を支払い、補装具費支払請求書（償還払い）（別記様式第12号）、支給券及び領収書を添付のうえ、市長へ補装具費の請求を行わなければならない。

- 2 補装具費の支給方法は、前項による償還払い方式を原則とするが、市長は申請者等の

利便性を考慮し、代理受領方式により補装具費を支給することができるものとする。

代理受領方式の場合には、申請者等が希望する補装具事業者が市長と代理受領に係る契約等に基づく合意があること及び申請者等が補装具の引渡しの際に、補装具事業者に補装具費の受領について委任をしていることが条件となる。この場合において、補装具事業者が市長に補装具費を請求するときは、当該申請者等が当該補装具事業者に対して交付した代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状（別記様式第 13 号）及び支給券を添付しなければならない。

3 補装具費支払請求のうち、デジタル式補聴器の装用に関し、専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合に係る前 2 項の規定の適用については、前 2 項に掲げる書類のほか、デジタル式補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明（別記様式第 14 号）を添付しなければならない。

4 市長は、第 1 項による請求があった場合には申請者等に対して、第 2 項による請求があった場合には補装具事業者に対して、審査のうえ補装具費の支払いを行うものとする。

5 代理受領方式に係る補装具事業者登録等について必要な事項は、市長が別に定める。

（関係帳簿）

第 6 条 市長は、補装具費支給申請決定簿（別記様式第 15 号）を備え、必要な事項を記載するものとする。

（申請の取下げ、決定の辞退）

第 7 条 申請の取下げや決定の辞退をするときは、補装具費支給申請取下げ書・決定辞退届（別記様式第 16 号）により届け出るものとする。

（雑則）

第 8 条 この要綱に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は平成18年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 平成19年3月31日までの間、施行令第43条の3第1号から第3号までに規定する者の負担上限月額及び法第76条第2項により算定された利用者負担額については、それぞれの額の100分の80に相当する額とし、それぞれ1円未満は切り捨てるものとする。

3 平成19年4月1日から平成22年3月31日までの間、施行令第43条の3第1号に規定する者の負担上限月額及び法第76条第2項により算定された利用者負担額については、それぞれの額の100分の80に相当する額とし、また、施行令第43条の3第2号及び第3号に規定する者の負担上限月額及び法第76条第2項により算定された利用者負担額については、それぞれの額の100分の70に相当する額とし、それぞれ1円未満は切り捨てるものとする。

4 平成22年4月1日から令和8年3月31日までの間、施行令第43条の3第1号に規定する者の負担上限月額及び法第76条第2項により算定された利用者負担額については、それぞれの額の100分の80に相当する額とし、それぞれ1円未満は切り捨てるものとする。

5 この要綱の施行の際、残存する用紙については、当分の間、これを適宜修正して使用することができる。

附 則

この要綱は平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成20年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は平成21年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際、残存する用紙については、当分の間、これを適宜修正して使用することができる。

附 則

この要綱は平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 28 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の規定は、施行日以後に支給の決定をした補装具費の支給申請について適用し、同日前に支給の決定をした補装具費の支給申請については、なお従前の例による。
- 3 この要綱の施行の際現にある改正前の規定による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は平成30年9月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現にある改正前の規定による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

この要綱は平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和3年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現にある改正前の規定による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

この要綱は令和5年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は令和5年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現にある改正前の規定による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は令和6年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現にある改正前の規定による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は令和6年7月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現にある改正前の規定による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は令和7年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現にある改正前の規定による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

## 補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

（宛先）新潟市長

（申請者：対象者が児童の場合は保護者）

住 所 〒  
新潟市氏 名  
対象者との続柄  
電 話

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。

|                              |             |                                                                                                                                                                                                       |       |                                 |       |
|------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| 対<br>象<br>者                  | ふりがな<br>氏 名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                       |       | 個人番号                            |       |
|                              | 住 所         | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>〒                                                                                                                                                                  |       |                                 |       |
|                              | 生年月日        | 年 月 日                                                                                                                                                                                                 | 電 話   | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |       |
| 身体障害者手帳                      |             | 手帳番号                                                                                                                                                                                                  | 第 号   | 交付年月日                           | 年 月 日 |
|                              |             | 障がい種別                                                                                                                                                                                                 |       |                                 | 障がい等級 |
| 特定疾患医療受給者証<br>※未受給者は別途診断書が必要 |             | 受給者番号                                                                                                                                                                                                 |       | 交付年月日                           | 年 月 日 |
|                              |             | 疾患名                                                                                                                                                                                                   |       |                                 |       |
| 購入・借受け・修理を受ける補装具名            |             |                                                                                                                                                                                                       |       |                                 |       |
| 希望する<br>補装具事業者               | 名 称         |                                                                                                                                                                                                       |       |                                 |       |
|                              | 所在地         |                                                                                                                                                                                                       |       |                                 |       |
|                              | 電 話         |                                                                                                                                                                                                       | F A X |                                 |       |
| 該当する所得区分                     |             | 生 活 保 護 ・ 低 所 得 ・ 一 般 ・ 一 定 所 得 以 上                                                                                                                                                                   |       |                                 |       |
| 世帯範囲の特例に関する認定                |             | <input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。<br><br>1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟姉妹、子ども等が障がい者を扶養控除の対象としていない。<br>2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟姉妹、子ども等の被扶養者となっていない。 |       |                                 |       |
| 生活保護への移行予防措置に関する認定           |             | <input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。                                                                                                                                                  |       |                                 |       |

同意書

補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|             |         |                                      |             |      |
|-------------|---------|--------------------------------------|-------------|------|
| 住所          |         | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>〒 |             |      |
| 対象者         |         | ふりがな<br>氏 名                          | 生年月日        | 個人番号 |
|             |         | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ      | 年    月    日 |      |
| 上記対象者以外の世帯員 | 対象者との続柄 | ふりがな<br>氏 名                          | 生年月日        | 個人番号 |
|             |         |                                      | 年    月    日 |      |
|             |         |                                      | 年    月    日 |      |
|             |         |                                      | 年    月    日 |      |
|             |         |                                      | 年    月    日 |      |
|             |         |                                      | 年    月    日 |      |
|             |         |                                      | 年    月    日 |      |

※「上記対象者以外の世帯員」欄については、住民基本台帳上の世帯で、①障がい者が 18 歳以上の場合は「対象者の配偶者」、②障がい者が 18 歳未満の場合は「対象者以外の世帯員全員」について記入してください。

別記様式第2号の1（第2条関係）

## 補装具費（購入・借受け・修理）支給意見書

住 所 新潟市

障がい者・児

氏 名

生年月日 年 月 日生（ ）歳

・疾患名

・装着しなければならない補装具の名称

※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に定める特殊の疾病（難病等）に該当

（☐する・☐しない）

・補装具の処方及び工作的所見

（注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。）

・障がい又は発症部位

・補装具使用による効果の見込

（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。）

・障がいの状況又は病状

（補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。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。）

・その他

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関名

医師氏名

※車いす、姿勢保持装置、義肢、装具、重度障がい者用意思伝達装置は別様式です。

(表)

別記様式第2号の2（第2条関係）

## 補装具費支給意見書（車いす／姿勢保持装置）

☐ 購入☐ 修理（交換）☐ 借受け

#### □ 特例

|      |                                |                                 |    |       |
|------|--------------------------------|---------------------------------|----|-------|
| 氏 名  |                                |                                 |    |       |
| 生年月日 | 年                              | 月                               | 日生 | ( ) 歳 |
| 住 所  | 新潟県                            |                                 |    |       |
|      | <input type="checkbox"/> 自宅    | 【 独居 / 家族同居 / 他 ( ) 】           |    |       |
|      | <input type="checkbox"/> 施設入所中 | 【施設名： 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】 |    |       |
|      | <input type="checkbox"/> 入院中   | 【退院見込： 年 月頃 / 退院見込みなし】          |    |       |

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

|                                    |                                                                                                |                                         |                                |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| 1－①病名                              |                                                                                                | 1－②障害名・障害部位                             |                                |
| 2．現在の具体的な障害状況（筋力、麻痺、感覚障害、関節可動域など）  |                                                                                                |                                         |                                |
| 3．身長                               |                                                                                                | cm                                      | 体重                             |
|                                    |                                                                                                |                                         | kg                             |
| 4．起居移動動作                           |                                                                                                |                                         |                                |
| ①座位保持                              | <input type="checkbox"/> 端座位可                                                                  | <input type="checkbox"/> 支持にて可          | <input type="checkbox"/> 端座位不可 |
| ②室内移動                              | <input type="checkbox"/> 独歩                                                                    | <input type="checkbox"/> 補助具使用で可（使用補助具： | <input type="checkbox"/> 不可    |
| ③フッシュアップ                           | <input type="checkbox"/> 可                                                                     | <input type="checkbox"/> 不可             |                                |
| ④褥瘡の有無                             | <input type="checkbox"/> あり                                                                    | <input type="checkbox"/> 過去にあり（         | <input type="checkbox"/> なし    |
| 5．車いす操作能力                          |                                                                                                |                                         |                                |
| *車いす・姿勢保持装置（車いすフレーム）の場合のみ記入してください。 |                                                                                                |                                         |                                |
| ①車いすの操作                            | <input type="checkbox"/> 自操可                                                                   | <input type="checkbox"/> 辛うじて自操可        | <input type="checkbox"/> 不可    |
|                                    | 【場所： 屋内 / 屋外 】                                                                                 |                                         |                                |
|                                    | 【手段：上肢（右 / 左） / 下肢（右 / 左） / その他（                                                               |                                         |                                |
|                                    | 【操作安全性：問題なし / 問題あり（理由：                                                                         |                                         |                                |
| ②車いすの移乗                            | <input type="checkbox"/> 自立                                                                    | <input type="checkbox"/> 一部介助           | <input type="checkbox"/> 全介助   |
| ③自動車への積込                           | <input type="checkbox"/> 自立                                                                    | <input type="checkbox"/> 介助             | <input type="checkbox"/> その他（  |
| 6－①主たる使用場所                         |                                                                                                |                                         |                                |
| *該当する使用場所を選択してください。                |                                                                                                |                                         |                                |
| <input type="checkbox"/> 自宅        | 【バリアフリー環境： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他（ |                                         |                                |
| <input type="checkbox"/> 職場／施設／学校  | 【バリアフリー環境： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他（ |                                         |                                |
| <input type="checkbox"/> その他（場所記載： | ）                                                                                              |                                         |                                |
| 6－②概ねの使用頻度                         |                                                                                                |                                         |                                |
| （1）1日あたり                           |                                                                                                | 時間程度                                    | （2）1週あたり                       |
|                                    |                                                                                                |                                         | 日間程度                           |

(裏)

7-①種類を選択してください。

\*身体計測、補装具の設計図等のコピーを添付してください。

☐ 車いす      ☐ 電動車いす      ☐ 姿勢保持装置（車いすフレーム）      ☐ 姿勢保持装置

7-②車いす、電動車いす、姿勢保持装置（車いすフレーム）は仕様・機構を選択してください。

(1)車いす・姿勢保持装置（車いすフレーム）の場合

ア) 製品区分      ☐ モジュラー      ☐ オーダーメイド      ☐ レディメイド  
イ) 本体仕様      ☐ 自走用      ☐ 介助用  
ウ) 機構      ☐ リクライニング機構      ☐ ティルト機構      ☐ ティルト・リクライニング機構      ☐ リフト機構

(2)電動車いす・姿勢保持装置（電動車いすフレーム）の場合

ア) 製品区分      ☐ モジュラー      ☐ オーダーメイド      ☐ レディメイド  
イ) 本体仕様      ☐ 標準用（低速用／中速用）      ☐ 簡易型（切替式／アシスト式）  
ウ) 機構      ☐ 手動リクライニング機構      ☐ 電動リクライニング機構      ☐ 電動ティルト機構  
(標準形のみ選択)      ☐ 電動ティルト・リクライニング機構      ☐ 電動リフト機構

7-③上記で選択した車いす・姿勢保持装置のメーカー名及び機種名を記入してください。

メーカー名      /      機種名

8. 工作的工夫とその理由

\*該当する工夫点を選択し、その理由を記入してください。

☐ 身体サイズ      ☐ 障害状況      ☐ 使用環境      ☐ その他（      ）  
理由：

9. オプションとそれらが必要な理由

\*該当するオプションを選択し、その理由を記入してください。

☐ 座面クッション      【商品名：      】  
理由：

☐ 体幹保持クッション      【商品名：      】  
理由：

☐ その他      [      ]  
理由：

10. 補装具使用による効果の見込み

上記のとおり、診断します。

年      月      日

医 療 機 関

診療科・医師名

(表)

別記様式第2号の3 (第2条関係)

## 補装具費支給意見書 (義肢・装具)

※義肢の場合は項目1～7を、装具の場合は項目1～6を記入してください。

☐ 購入                      ☐ 修理 (交換)                      ☐ 借受け                      ☐ 特例

|      |                                                                                                     |   |          |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------|
| 氏 名  |                                                                                                     |   |          |
| 生年月日 | 年                                                                                                   | 月 | 日生 ( ) 歳 |
| 住 所  | 新潟市                                                                                                 |   |          |
|      | <input type="checkbox"/> 自宅      【 独居 / 家族同居 / 他 ( ) 】                                              |   |          |
|      | <input type="checkbox"/> 施設入所中      【施設名：                      障がい施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】           |   |          |
|      | <input type="checkbox"/> 入院中      【退院見込：                      年                      月頃 / 退院見込みなし 】 |   |          |

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

|                                                                                                                                                                                                                                                       |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1-①病名                                                                                                                                                                                                                                                 | 1-②障がい名・障がい部位 |
| 2. 補装具支給に関わる具体的な障がい状況 (日常生活動作、関節可動域、筋力、痙縮の程度など)                                                                                                                                                                                                       |               |
| 3. 身長                      cm                      体重                      kg                                                                                                                                                                         |               |
| 4-①主たる使用場所                      * 該当する使用場所にレ点。その他の場合は具体的な場所を記入してください。<br><input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 職場 /                      施設 /                      学校<br><input type="checkbox"/> その他 (場所記載：                      ) |               |
| 4-②概ねの使用頻度<br>(1) 1日あたり                      時間程度                      (2) 1週あたり                      日間程度                                                                                                                                            |               |
| 5. 装着しなければならない補装具名称                      * 修理の場合は、主な修理項目を追記してください。                                                                                                                                                                                    |               |
| 6. 補装具の工作的工夫・使用による効果の見込み                      * 別添資料の提出でも差し支えありません。                                                                                                                                                                                   |               |

上記のとおり、診断します。

年                      月                      日                      医 療 機 関

診療科・医師名

※書面が足りない場合は別添資料を作成してください。

※必要に応じて動画等を提出してください。判定に際して提出をお願いする場合があります。

**7－① 使用する部品等（完成用部品であれば商品名とメーカー名）を記入してください。**  
**（継手、懸垂システム、電動式ハンドなど）**

**7－② 上記①の部品を使用する理由を以下の視点から記入してください。**

☐ 日常生活（環境を含む）の視点

☐ 就労・就学（環境を含む）の視点

☐ その他（特記事項等）

補装具費支給意見書（重度障がい者用意思伝達装置）

☐ 購入                      ☐ 修理（交換）                      ☐ 借受け                      ☐ 特例

|      |            |
|------|------------|
| 氏 名  |            |
| 生年月日 | 年 月 日生（ ）歳 |
| 住 所  | 新潟市        |

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1－①病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1－②障がい名・障がい部位 |
| 2．現在の具体的な障がい状況<br>①身体機能（筋力、麻痺、感覚障がいなど）<br><br>②現在の意思伝達の状況<br><input type="checkbox"/> 発声 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 読唇 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 50音読み上げ <input type="checkbox"/> Yes-Noサイン(瞬き／指さし)<br>その他（ ）<br>③気管切開と人工呼吸器の使用有無<br><input type="checkbox"/> 有(気管切開／人工呼吸器) <input type="checkbox"/> いずれも無 <input type="checkbox"/> 予定あり(気管切開／人工呼吸器)【 年 月頃】<br>④その他（視力、視野、聴覚、高次脳機能障がい等の有無、意思伝達装置使用への影響の有無など） |               |
| 3．必要と考えられる装置<br>①機種・製品名 _____<br>②入力装置の種類と操作方法<br><input type="checkbox"/> タッチ式【部位： _____】 <input type="checkbox"/> 視線検出式 <input type="checkbox"/> 呼気検出式<br><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |
| 4．必要な理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |
| 5．使用頻度 ※①～③すべての欄を記入してください。<br>①1日あたり _____ 時間程度      ②1週あたり _____ 日間程度      ③連続使用時間 _____ 時間程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| 6．試用（デモ）状況の詳細                      *可能であれば動画を添付してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |
| 7．補装具使用による効果の見込み                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |

上記のとおり、診断します。

年 月 日                      医 療 機 関 \_\_\_\_\_  
診療科・医師名 \_\_\_\_\_

別記様式第3号（第2条関係）

## 電 動 車 い す 社 会 状 況 調 査 表

氏 名

住 所

年 月 日生 才  
電話番号

職 業

### 1 交付希望の理由

### 2 使用目的

① 家屋内

② 施設内  
(使用施設名)

③ 病院内  
(退院の可能性について)

④ 屋 外  
〔通勤（距離          km）、通学、通院、散歩、その他〕

### 3 使用頻度

① 月・週・日                      回程度  
② 1回の使用時間                  時間程度

### 4 費 用

① 障害者総合支援法  
② 労災保険法  
③ その他

5 使用環境（見取図、地図を添付のこと）

- ① 市街地・農村
- ② 舗装・未舗装
- ③ 砂利道（有・無）
- ④ 坂 道（多・少）
- ⑤ 踏切り（有・無）
- ⑥ 交通量（多・少）
- ⑦ 降雪期間        月～        月        平均        mくらい
- ⑧ 自家、借家、アパート（        階）
- ⑨ 近くに段差（有・無）
- ⑩ 家屋内での車いす使用〔可（改造 有・無）・否〕
- ⑪ 電動車いすの格納        〔可（        ）・否〕
- ⑫ 充電用コンセント        （有・無）

6 管 理

バッテリー充電・補水（自力で可・介助で可・他人に依存）

7 家族状況

- ① 介助者（有〔        〕・無）
- ② 保有自動車（有・無）

※市確認欄

年    月    日

所 属  
調査者

別記様式第4号（第2条関係）

|                    |                                                                  |      |       |
|--------------------|------------------------------------------------------------------|------|-------|
| 補装具費支給調査書（耳あな型補聴器） |                                                                  |      |       |
| 申請者名               |                                                                  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 障がい等級              | 聴覚障がい 級                                                          | 疾患名  |       |
| 希望する補聴器の種類         | <input type="checkbox"/> レディメイド <input type="checkbox"/> オーダーメイド |      |       |
| 職種等                | 職種<br>勤務先                                                        |      |       |
| 作業内容               | <input type="checkbox"/>                                         |      |       |
| 就業時間               | 年間就労日数                      日<br>一日就労時間                      時間  |      |       |
| 耳あな型補聴器を必要とする理由    |                                                                  |      |       |

年    月    日

所 属

調査者

別記様式第5号（第2条関係）

介護保険要支援・要介護認定者補装具申請用調査書

年 月 日

（宛先） 新潟市長

1. 補装具申請者住所・氏名

住所

氏名

2. 担当ケアマネージャー名

ケアマネージャー名

3. ケアマネージャー所属事業者名

T E L

事業者名

4. 申請補装具名

補装具名

5. 介護保険貸与品目のものでは対応できない理由

理由

別記様式第6号（第2条関係）

人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法による補装具費支給にあたり、下記の内容について、確認しました。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
診療担当科  
作成医師氏名

記

【患者情報】

氏 名

生年月日 年 月 日 年齢 歳

住 所

身体障害者手帳障がい名と等級

( 種 級)

【使用している人工内耳用音声信号処理装置】

メーカー名：

機 種 名：

【確認項目】

以下に該当する場合は□に☑を入れてください。

- ☐ 該当の人工内耳用音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている。
- ☐ 人工内耳用音声信号処理装置の交換ではなく、修理が必要である。
- ☐ 人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。

調 査 書

|                               |                |                                               |     |                   |         |                |     |
|-------------------------------|----------------|-----------------------------------------------|-----|-------------------|---------|----------------|-----|
| 申請年月日                         |                | 年 月 日                                         |     | 申請者氏名             |         |                |     |
| 申請の種類                         |                | 購入（借受けの意向 有・無） ・ 借受け ・ 修理                     |     |                   |         |                |     |
| 対象者                           | 住 所            |                                               |     |                   |         |                |     |
|                               | ふ り が な<br>氏 名 |                                               |     |                   |         |                |     |
|                               | 生 年 月 日        | 年 月 日                                         |     | 電 話               |         |                |     |
| 世帯員の状況                        | 氏 名            |                                               | 年 齢 | 対象者<br>と の<br>続 柄 | 課 税 状 況 |                | 備 考 |
|                               |                |                                               |     |                   | 課 税 区 分 | 市 民 税<br>所 得 割 |     |
|                               |                |                                               |     |                   |         |                |     |
|                               |                |                                               |     |                   |         |                |     |
|                               |                |                                               |     |                   |         |                |     |
|                               |                |                                               |     |                   |         |                |     |
|                               | 非課税世帯          | 氏 名                                           | 所 得 | 障がい年金             | 手 当     | 合 計            |     |
|                               |                | 円                                             | 円   | 円                 | 円       |                |     |
| 世帯区分                          |                | 1. 生 活 保 護 2. 非 課 税 世 帯 3. 一 般 4. 一 定 所 得 以 上 |     |                   |         |                |     |
| 基準額                           |                | 見積額                                           |     | 利用者負担額            |         | 公費負担額          |     |
| 円                             |                | 円                                             |     | 円                 |         | 円              |     |
| 月額負担上限額                       |                |                                               |     |                   |         |                |     |
|                               |                |                                               |     |                   |         |                |     |
| 用具名                           |                | 基準額                                           |     | 見積額               |         | 利用者負担          |     |
|                               |                |                                               |     |                   |         |                |     |
|                               |                |                                               |     |                   |         |                |     |
|                               |                |                                               |     |                   |         |                |     |
|                               |                |                                               |     |                   |         |                |     |
| 合 計                           |                |                                               |     |                   |         |                |     |
| 上記のとおり確認しました。<br>年 月 日<br>調査者 |                |                                               |     |                   |         |                |     |

補装具判定依頼書（送付分）

第 号  
年 月 日

新潟市長 印

（更生相談所所長等） 様  
下記の者に対する判定を依頼する。

|            |       |        |                  |  |
|------------|-------|--------|------------------|--|
| 障がい者       | 氏名    | 年 月 日生 |                  |  |
|            | 住所    |        |                  |  |
| 身体障害者手帳    | 交付年月日 | 年 月 日  | 番 号              |  |
| 特定疾患医療受給者証 | 交付年月日 | 年 月 日  | 番 号              |  |
| 障がい名又は疾患名  |       |        |                  |  |
| 補装具名       |       |        | 過去の給付補装具名・年月日等   |  |
|            |       |        | 1 年 月（購入・借受け・修理） |  |
|            |       |        | 2 年 月（購入・借受け・修理） |  |
|            |       |        | 3 年 月（購入・借受け・修理） |  |
|            |       |        | 4 年 月（購入・借受け・修理） |  |
|            |       |        | 5 年 月（購入・借受け・修理） |  |

補 装 具 判 定 書

第 号  
年 月 日

（宛先）  
新 潟 市 長

（更生相談所所長等）

上記の依頼について下記のとおり判定する。  
記

|                 |  |
|-----------------|--|
| 判定              |  |
| 名 称 又 は<br>修理項目 |  |

(申請者) 様

新潟市長 印

補装具費支給決定通知書

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                |        |              |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|--------|--------------|-------|
| 対象者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 住 所         |                |        |              |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ふりがな<br>氏 名 |                |        |              |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 生年月日        | 年 月 日          | 電話番号   |              |       |
| 支給番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             | 第 号            | 支給決定日  | 年 月 日        |       |
| 決定内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             | (購入・借受け・修理)    | 借受け期間  | 年 月 日～ 年 月 日 |       |
| 補装具事業者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 名 称         |                |        |              |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 所在地         |                |        |              |       |
| 基準額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             | 見積額            | 利用者負担額 |              | 公費負担額 |
| 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             | 円              | 合計額    | 円            | (合計額) |
| 月額負担上限額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             | 月額<br>(借受けの場合) | (初月)   | 円            |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                | (中間月)  | 円            |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                | (最終月)  | 円            |       |
| 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                |        | 円            |       |
| 教示事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                |        |              |       |
| <p>「補装具費支給券」を事業者に提示して、事業者と補装具の購入(借受け・修理)に係る契約を行ってください。</p> <p>1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、新潟市に対して審査請求をすることができます。</p> <p>2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、新潟市を被告として（訴訟において新潟市を代表する者は新潟市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。</p> <p>3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。</p> |             |                |        |              |       |

## 補 装 具 費 支 給 券

|                   |     |               |        |       |
|-------------------|-----|---------------|--------|-------|
| 支給番号              |     | 第 号           | 支給決定日  | 年 月 日 |
| 購入・借受け・修理の別       |     | 購入 ・ 借受け ・ 修理 |        |       |
| 借受け期間<br>(借受けの場合) |     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |        |       |
| 氏 名               |     |               | 生年月日   | 年 月 日 |
| 住 所               |     |               |        |       |
| 保護者氏名             |     |               | 続柄     |       |
| 補装具の名称            |     |               | 修理部位   |       |
| 補装具事業者            | 名 称 |               |        |       |
|                   | 所在地 |               |        |       |
|                   | 電 話 |               |        |       |
| 基準額               |     | 見積額           | 利用者負担額 | 公費負担額 |
| 円                 |     | 円             | 円      | 円     |
| 月額負担上限額           |     |               |        |       |
| 円                 |     |               |        |       |

上記のとおり決定する。

年 月 日

新潟市長

印

|            |            |       |              |  |            |  |
|------------|------------|-------|--------------|--|------------|--|
| 適 合<br>判 定 | 判 定<br>年月日 | 年 月 日 | 判 定 員<br>氏 名 |  |            |  |
| 受 領        | 受 領<br>年月日 | 年 月 日 | 受 領 者<br>氏 名 |  | 本人と<br>の関係 |  |

## 補 装 具 費 支 給 券

|         |     |               |        |       |
|---------|-----|---------------|--------|-------|
| 支給番号    |     | 第 号           | 支給決定日  | 年 月 日 |
| 借受け期間   |     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |        |       |
| 氏 名     |     |               | 生年月日   | 年 月 日 |
| 住 所     |     |               |        |       |
| 保護者氏名   |     |               | 続柄     |       |
| 補装具の名称  |     |               | 修理部位   |       |
| 補装具事業者  | 名 称 |               |        |       |
|         | 所在地 |               |        |       |
|         | 電 話 |               |        |       |
| 基準額     |     | 見積額           | 利用者負担額 | 公費負担額 |
| 円       |     | 円             |        | 円     |
| 月額負担上限額 |     |               |        |       |
| 円       |     | 円             |        |       |

上記のとおり決定する。

年 月 日

新潟市長

印

## 補 装 具 費 支 給 券

|         |     |               |        |       |
|---------|-----|---------------|--------|-------|
| 支給番号    |     | 第 号           | 支給決定日  | 年 月 日 |
| 借受け期間   |     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |        |       |
| 氏 名     |     |               | 生年月日   | 年 月 日 |
| 住 所     |     |               |        |       |
| 保護者氏名   |     |               | 続柄     |       |
| 補装具の名称  |     |               | 修理部位   |       |
| 補装具事業者  | 名 称 |               |        |       |
|         | 所在地 |               |        |       |
|         | 電 話 |               |        |       |
| 基準額     |     | 見積額           | 利用者負担額 | 公費負担額 |
| 円       |     | 円             | 円      | 円     |
| 月額負担上限額 |     |               |        |       |
| 円       |     |               |        |       |

上記のとおり決定する。

年 月 日

新潟市長

印

|          |     |       |              |  |            |  |
|----------|-----|-------|--------------|--|------------|--|
| 返却<br>確認 | 返却日 | 年 月 日 | 事業者名         |  |            |  |
|          |     |       | 申 請 者<br>氏 名 |  | 本人と<br>の関係 |  |

年 月 日

（申請者） 様

新潟市長 印

### 補装具費支給却下決定通知書

年 月 日に申請された補装具費の支給申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

#### 記

#### 1 申請事項

#### 2 却下の理由

#### 教 示

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、新潟市に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、新潟市を被告として（訴訟において新潟市を代表する者は新潟市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

別記様式第12号 (第5条関係)

## 補装具費支払請求書（償還払い）

年 月 日付け 第 号で支給決定を受けた（補装具名）の引渡しを受け、別紙領収書のとおり以下の補装具価格を支払いましたので、利用者負担額を控除した補装具費の支払いを請求します。

|                                                                                 |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 購入・借受け・修理の別                                                                     | 購入      ・      借受け      ・ 修理 |
| 支 払 対 象 月    ( 借 受 け の 場 合 )                                                    | 年            月 分             |
| 補 装 具 価 格    ( 基 準 額 )<br>※差額自己負担等、補装具費の対象とならない<br>ものは除く。                       | 円                            |
| 利            用            者            負            担            額              | 円                            |
| 補            装            具            費            請            求            額 | 円                            |

年 月 日

(宛先)

新 潟 市 長

請求者 (住 所) 新潟市

(ふりがな)

(氏 名)

取扱金融機関

銀行

本店

支店

口座番号 当座・普通

代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状

（宛先）  
新潟市長

年 月 日付け 第 号で支給決定を受けた（補装具名）  
の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、補装具費の支払い  
を請求します。なお、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

|                                               |               |
|-----------------------------------------------|---------------|
| 購入・借受け・修理の別                                   | 購入 ・ 借受け ・ 修理 |
| 支払対象月（借受けの場合）                                 | 年 月分          |
| 補装具価格（基準額）<br>※差額自己負担等、補装具費の対象とならないものは<br>除く。 | 円             |
| 利用者負担額                                        | 円             |
| 補装具費請求額                                       | 円             |

年 月 日  
請求者兼委任者 住所  
(障がい者又は障がい 氏 名 印 捨印  
児の保護者)  
電話番号

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、登録の口座に振り込  
んでください。  
年 月 日

債権者コード  
住所  
受任者 名称 捨印  
(事業者) 代表者氏名 印

口座振替申込書（債権者登録のない方のみご記入願います。）

|      |       |      |      |
|------|-------|------|------|
| 銀行   | 支店    | フリガナ |      |
| 口座番号 | 普通・当座 |      | 口座名義 |

別記様式第14号（第5条関係）

デジタル式補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明

氏の補装具費支給申請（補聴器）について、  
以下の者がデジタル式補聴器の調整を行ったことを証明します。

年 月 日

（補装具事業者名及び代表者名）

調整を行った者の氏名（ ）

（ 言語聴覚士 ・ 認定補聴器技能者 ）

（言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定書又は認定補聴器技能者カードの写し）

※貼付欄

別記様式第15号 (第6条関係)

## 補 装 具 費 支 給 申 請 決 定 簿

[illegible]

年 月 日

（宛先）新潟市長

届出人  
住所 〒  
新潟市

氏名

本人との続柄（ ）  
（電話 — — ）

補装具費支給申請取下げ書・決定辞退届

年 月 日に提出した

下記の支給申請の、

申請を取り下げます。  
決定に対して辞退します。

記

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| 障がい者の住所               | 〒<br>新潟市      |
| 障がい者の氏名               |               |
| 支給申請日 又は<br>支給決定日     | 年 月 日 申請・決定   |
| 支給申請（決定）<br>対象補装具名    | 補装具名<br>商品名   |
| 購入・借受け・<br>修理の別       | 購入 ・ 借受け ・ 修理 |
| 支 払 対 象 月<br>（借受けの場合） | 年 月分          |
| 納入事業者                 | 事業者名          |
| 申請取下げ 又は<br>決定辞退理由    |               |

（太線の中を記入して下さい。）