

補装具費支給意見書(視覚障害用)

氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
住所	区郡 町 丁目 番 号 市 村 (方)		

- 1 身体障害者手帳 所持の身体障害者手帳の内容についてご記入をお願いいたします。

視力障害 級	手帳交付日	年 月 日
視野障害 級		

- 2 視覚障害の状況と所見 意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(1)原因となった疾病・外傷名

--

(2)視力 必ずご記入ください。

	裸 眼	矯 正
右 眼	(x D 〇 cyl D A)	
左 眼	(x D 〇 cyl D A)	

- (3)視野 視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。

ゴールドマン型視野計

- 1) 周辺視野の評価 (I / 4)

①周辺視野角度の総和がそれぞれ 80 度以内

右 () 度 左 () 度

②両眼による視野が 2 分の 1 以上欠損 (はい ・ いいえ)

- 2) 中心視野の評価 (I / 2)

両眼中心視野角度 () 度

または

自動視野計

- 1) 周辺視野の評価 (両眼開放エスターマンテスト)

両眼開放視認点数 () 点

- 2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

両眼中心視野視認点数 () 点

- (4)現症

	右	左
前 眼 部		
中間透光体		
眼 底		

1 意見書の様式と記載要領

「1 身体障害者手帳」

- ・必ず身体障害者手帳の内容を確認し、視力障害等級、視野障害等級、手帳交付日を記入してください。
- ・障害者総合支援法施行令で定める難病患者等の方は、現状で視覚障害に該当し、各補装具の支給要件を満たしていることが確認できれば、身体障害者手帳を所持していなくても補装具費支給の対象となる場合があります。

「2 視覚障害の状況と所見」

(1)原因となった疾患・外傷名

- ・意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(2)視力

- ・裸眼視力と矯正視力、屈折矯正については、必ず記入してください。
- ・裸眼視力と矯正視力に差がなくても、眼鏡(矯正用)の実際の使用効果が認められる場合には、矯正不能とはせず、屈折矯正值を記入してください。

例)

	裸 眼	矯 正
右 眼	0. 08	(0.08 x −3.00 D ⊆ cyl D A)
左 眼	0. 05	(0.05 x −5.00 D ⊆ cyl D A)

(3)視野

- ・視力障害が認められればご記入の必要はありません。
- ・身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。

(4)現症

- ・前眼部、中間透光体、眼底の現状での所見を記入してください。

3 補装具

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。
オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

遮光用機能が必要な場合 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

前掛式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

コンタクトレンズ装用時の視力 右〔 〕 左〔 〕

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名()

主鏡(倍) 近用キャップ(倍・D)

焦点調整式 品名等() 倍率又はジオプトリー(倍・D)

〔 使用目的及び具体的な効果 〕

(6)備考

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

年 月 日

医療機関名

診療担当科

医師名

電話又はFAX

該当する項目へのご確認(□の✓)をお願いいたします

◎身体障害の場合

・身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医 □

・障害者総合支援法第59条第1項に基づく眼科更生医療を主として担当する医師 □

登録場所 東京都 他道府県〔 〕

◎難病患者等の場合 現状で視覚障害に該当することが必要です

・保健所の医師 □

・難病法第6条第1項に規定する指定医 □

登録場所 東京都 他道府県〔 〕

令和5年4月から

「3 補装具」

(1)義眼

- ・オーダーメイドとレディメイドの2種類があります。通常はオーダーメイドを指定してください。
- ・レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。

(2)眼鏡(矯正用)

- ・視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。
- ・矯正不能と記入した場合、遠用は支給対象となりません。遠用を処方する場合は、必ず屈折矯正値を記入してください。
- ・近用については、遠用が矯正不能であっても、近方視の改善や接近拡大による文字の読み書きの改善などの具体的効果があれば、支給対象となります。

遮光用機能が必要な場合（＊1）

- ・品名（メーカー名を含む）、カラータイプ、遮光率を記入してください。
- ・使用目的及び具体的な効果についても、必ず記入してください。

（＊1）遮光用レンズは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線の公表されたものとされています。

(3)眼鏡(遮光用)（＊1）

掛けめがね式 及び 前掛式

- ・視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。
- ・品名（メーカー名を含む）、カラータイプ、遮光率を記入してください。
- ・使用目的及び具体的な効果についても、必ず記入してください。

(4)眼鏡(コンタクトレンズ)

- ・視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。
- ・矯正不能と記入した場合、遠用は支給対象となりません。遠用を処方する場合は、必ず屈折矯正値を記入してください。
- ・近用については、遠用が矯正不能であっても、近方視の改善や接近拡大による文字の読み書きの改善などの具体的効果があれば、支給対象となります。
- ・コンタクトレンズ装用時の視力も記入してください。

(5)眼鏡(弱視用)

- ・視力障害または視野障害が対象です。
- ・掛けめがね式については、品名（メーカー名を含む）、主鏡の倍率、近用キャップの倍率又はレンズのジオプトリーを指定してください。
- ・焦点調整式については、品名等（単眼鏡か拡大鏡かの指定、メーカー名を含む）、倍率又はレンズのジオプトリーを指定してください。
- ・使用目的と具体的な効果を記入してください。

(6)備考

眼鏡を使用する場合の注意点や特記事項があれば、記入してください。

4 補装具(複数支給同時申請用)

(氏名)

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。
オーダーメイド 装用眼〔 両眼 ・ 右眼 ・ 左眼 〕 レディメイド 装用眼〔 両眼 ・ 右眼 ・ 左眼 〕

(2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm 左 mm		

(使用目的及び具体的な効果)

遮光用機能が必要な場合 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm 左 mm		

(使用目的及び具体的な効果)

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm 左 mm		

(使用目的及び具体的な効果)

前掛式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

(使用目的及び具体的な効果)

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

(使用目的及び具体的な効果)

コンタクトレンズ装用時の視力 右[] 左[]

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名()

主鏡(倍) 近用キャップ(倍・D)

焦点調整式 品名等() 倍率又はジオプリー(倍・D)

(使用目的及び具体的な効果)

(6)備考 ()
え

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

年 月 日

医療機関名

診療担当科

医師名

電話又はFAX

「4 補装具(複数支給同時申請用)」

同じ種類で2つ目の補装具費支給を同時申請する際に記入してください。
職業または教育上等、特に必要と認められる場合に限られます。

(1)義眼

- ・義眼を両眼に装用する場合は、「4 補装具(複数支給同時申請用)」ではなく、「3 補装具」の欄を使用し、装用眼に「両眼」を選択してください。

(2)眼鏡(矯正用)

- ・複数支給の例
遠用と近用
遠近両用

遮光用機能が必要な場合

- ・複数支給の例
遮光率や屈折矯正の異なるもの

- ・屋外用と室内用という指定だけでは複数支給の理由とはなりません。職業または教育上等の具体的理由を記入してください。

(3)眼鏡(遮光用)

- ・複数支給の例
掛けめがね式と前掛式
遮光率の異なるもの
矯正用(遮光用機能が必要な場合)と遮光用(掛けめがね式)

- ・屋外用と室内用という指定だけでは複数支給の理由とはなりません。職業または教育上等の具体的理由を記入してください。

(4)眼鏡(コンタクトレンズ)

- ・コンタクトレンズを両眼に装用する場合は、「4 補装具(複数支給同時申請用)」ではなく、「3 補装具」の欄を使用し、左右の処方欄に記入してください

(5)眼鏡(弱視用)

- ・複数支給の例
倍率の異なるもの
焦点調整式単眼鏡(遠用)と拡大鏡(近用)
弱視用と拡大を目的とする眼鏡(矯正用 近用)

2 事 例

【事例 1】異なる種類の眼鏡の併給について

補装具費支給意見書(視覚障害用)

氏名	〇〇 〇〇	生年月日	1991 年 4 月 1 日生 (32 歳)
住所	〇〇 区郡 〇〇〇〇 町 1 丁目 1 番 号 市 村 (方)		

- 1 身体障害者手帳 所持の身体障害者手帳の内容についてご記入をお願いいたします。

視力障害	4 級	手帳交付日	平成20年 12 月 10 日
視野障害	3 級		

- 2 視覚障害の状況と所見 意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(1)原因となった疾病・外傷名

〔 網膜色素変性 〕

(2)視力 必ずご記入ください。

	裸 眼	矯 正
右 眼	0.04	(0.1 x -1.25 D ⊂ cyl -1.00D A 90°)
左 眼	0.03	(0.1 x -2.50 D ⊂ cyl -1.00D A 90°)

- (3)視野 視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。

ゴールドマン型視野計

- 1) 周辺視野の評価 (I / 4)

①周辺視野角度の総和がそれぞれ 80 度以内

右 () 度 左 () 度

②両眼による視野が 2 分の 1 以上欠損 (はい ・ いいえ)

- 2) 中心視野の評価 (I / 2)

両眼中心視野角度 () 度

または

自動視野計

- 1) 周辺視野の評価 (両眼開放エスターマンテスト)

両眼開放視認点数 () 点

- 2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

両眼中心視野視認点数 () 点

- (4)現症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中間透光体	人工水晶体	人工水晶体
眼 底	骨小体色素沈着	骨小体色素沈着

3 補装具

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。
オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用) (遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	-1.00D	-1.00D	90度
左	-2.25D	-1.00D	90度
瞳孔間距離	右 32mm	左 32mm	

使用目的及び具体的な効果
遠方視が大幅に改善される。

遮光用機能が必要な場合 品名(東海光学 CCP

) カラータイプ(OG) 遮光率(54%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	-1.00D	-1.00D	90度
左	-2.25D	-1.00D	90度
瞳孔間距離	右 32mm	左 32mm	

使用目的及び具体的な効果
晴天時の屋外でのまぶしさが軽減し、日陰や屋内に入っても見えづらさは見られない。

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式

品名(

) カラータイプ(

遮光率(

%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

前掛式

品名(

) カラータイプ(

遮光率(

%)

使用目的及び具体的な効果

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

使用目的及び具体的な効果

コンタクトレンズ装用時の視力 右[] 左[]

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名(

主鏡(

倍)

近用キャップ(

倍・D)

焦点調整式 品名等(拡大鏡 エッセンバツハ社 ワイドライトルーペ) 倍率又はジオプトリー(7 (倍・D)

使用目的及び具体的な効果

10 ポイント文字の文章を滑らかに読むことができる。

(6)備考

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

2023 年 8 月 1 日

医療機関名 ○○総合病院

診療担当科 眼科

医師名 ○○ ○○

電話又はFAX ○○-○○○○-○○○○

該当する項目へのご確認(□の✓)をお願いいたします

◎身体障害の場合

・身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医 ☒

・障害者総合支援法第59条第1項に基づく眼科更生医療を主として担当する医師 ☐

登録場所(東京都 他道府県[]

◎難病患者等の場合 現状で視覚障害に該当することが必要です

・保健所の医師 ☐

・難病法第6条第1項に規定する指定医 ☐

登録場所 東京都 他道府県[]

令和5年4月から

事例 1 解説

(異なる種類の眼鏡の併給について)

機能の異なる眼鏡については、必要と認められた場合、併給することができます。

○「眼鏡(矯正用)」

事例1は、視力障害4級の身体障害者手帳を所持しているので、眼鏡(矯正用)の補装具費支給は適当です。

○「眼鏡(矯正用)」と「眼鏡(矯正用 遮光用機能が必要な場合)」の併給

屈折矯正を目的とする眼鏡(矯正用)とまぶしさの軽減を目的とする眼鏡(矯正用 遮光用機能が必要な場合)では機能が異なります。(※2)

支給要件を満たせば、併給は可能です。

※2 まぶしさを軽減する眼鏡の選択について

品名(メーカー名を含む)、カラータイプ、遮光率を指定してください。

○「眼鏡(弱視用)」

対象像の拡大を目的とする眼鏡(弱視用)は、眼鏡(矯正用)とも眼鏡(遮光用)とも機能が異なります。支給要件を満たせば、併給は可能です。

眼鏡(弱視用)については、品名(メーカー名を含む)、レンズの倍率又はジオプトリーを記入してください。

使用目的と具体的な効果を記入してください。

【事例 2】 同じ種類の眼鏡の複数支給について

補装具費支給意見書(視覚障害用)

氏名	〇〇 〇〇	生年月日	1976 年 4 月 1 日生 (47 歳)
住所	〇〇 区郡 〇〇〇〇 町 1 丁目 1 番 号 (方)		

- 1 身体障害者手帳 所持の身体障害者手帳の内容についてご記入をお願いいたします。

視力障害	6 級	手帳交付日	平成18年 8 月 10 日
視野障害	級		

- 2 視覚障害の状況と所見 意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(1)原因となった疾病・外傷名

〔 糖尿病網膜症 〕

(2)視力 必ずご記入ください。

	裸 眼	矯 正
右 眼	0. 1	(0. 4 x -1. 00 D ⊂ cyl -1. 00D A 90°)
左 眼	0. 01	(0. 02 x -1. 00 D ⊂ cyl D A)

(3)視野 視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。

ゴールドマン型視野計

1) 周辺視野の評価 (I / 4)

①周辺視野角度の総和がそれぞれ 80 度以内

右 () 度 左 () 度

②両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい ・ いいえ)

2) 中心視野の評価 (I / 2)

両眼中心視野角度 () 度

または

自動視野計

1) 周辺視野の評価 (両眼開放エスターマンテスト)

両眼開放視認点数 () 点

2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

両眼中心視野視認点数 () 点

(4)現症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中間透光体	人工水晶体	人工水晶体
眼 底	糖尿病網膜症	糖尿病網膜症

3 補装具

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。
オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用) **遠用**・近用 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	-1.00D	-1.00D	90度
左	-1.00D	D	度
瞳孔間距離	右 32mm	左 32mm	

使用目的及び具体的な効果

遠方視が改善される。別紙近用と合わせ一つの眼鏡とする。職務上、遠近両用とする必要が認められる(備考欄参照)。

遮光用機能が必要な場合 品名(

) カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式

品名(

) カラータイプ(

遮光率(

%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

前掛式

品名(

) カラータイプ(

遮光率(

%)

使用目的及び具体的な効果

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

使用目的及び具体的な効果

コンタクトレンズ装用時の視力 右[] 左[]

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名(

)

主鏡(

倍)

近用キャップ(

倍・D)

焦点調整式 品名等(

) 倍率又はジオプトリー(

倍・D)

使用目的及び具体的な効果

(6)備考 **現在、勤務先で窓口での住民対応や行政相談を担当しており、事務室内を移動したり書類を確認したりする必要がある。こうした場面での迅速な対応には遠近両用の眼鏡(矯正用)が必要である。**

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

2023 年 8 月 30 日

医療機関名 **〇〇総合病院**

診療担当科 **眼科**

医師名 **〇〇 〇〇**

電話又はFAX **〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

該当する項目へのご確認(□の✓)をお願いいたします

◎身体障害の場合

・身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医 ☒

・障害者総合支援法第59条第1項に基づく眼科更生医療を主として担当する医師 ☐

登録場所 **東京都** 他道府県[]

◎難病患者等の場合 現状で視覚障害に該当することが必要です

・保健所の医師 ☐

・難病法第6条第1項に規定する指定医 ☐

登録場所 東京都 他道府県[]

令和5年4月から

4 補装具(複数支給同時申請用)

(氏名)

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。
オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用 遠用・**近用**) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	+2.00 D	-1.00 D	90 度
左	+2.00 D	0 D	度
瞳孔間距離	右 31 mm	左 31 mm	

使用目的及び具体的な効果

近方視が改善される。別紙遠用と合わせ一つの眼鏡とする。

遮光用機能が必要な場合 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

前掛け式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

使用目的及び具体的な効果

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

使用目的及び具体的な効果

コンタクトレンズ装用時の視力 右[] 左[]

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名()

主鏡(倍) 近用キャップ(倍・D)

焦点調整式 品名等() 倍率又はジオプリー(倍・D)

使用目的及び具体的な効果

(6)備考

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

2023 年 8 月 30 日

医療機関名 ○○総合病院

診療担当科 眼科

医師名 ○○ ○○

電話又はFAX ○○-○○○○-○○○○

令和5年4月から

事例 2 解説

(同じ種類の眼鏡の複数支給について)

機能の同じ眼鏡については、支給できる個数は原則として1個です。

職業又は教育上等、特に必要と認められる場合は、複数支給が可能です。

○「眼鏡(矯正用)」

遠用と近用、あるいは遠近両用とする場合は、複数支給となります。

遠近両用の場合、遠用は「3 補装具」に、近用は「4 補装具(複数支給同時申請用)」に記入し、「使用目的及び具体的な効果」欄に「遠用と合わせ一つの眼鏡とする」等の説明を記入してください。

複数支給が必要な職業上又は教育上の理由を、「使用目的及び具体的な効果」の欄に記入してください。

事例2では、職務上、窓口での対応や行政相談を担当しており、事務室内を移動したり書類を確認したりする必要があるため、職業上、眼鏡(矯正用 遠近両用)の必要性が認められます。

3 障害者総合支援法に基づく補装具費の支給について

(1) 補装具の概念

障害者総合支援法に基づく補装具とは、以下の3つの条件を満たしたものと定義されています。

- ①障害者等の身体機能を補完し、又は代替し、かつ、その身体への適合を図るように製作されたものであること
- ②障害者等の身体に装着することにより、その日常生活において又は就労若しくは就学のために、同一の製品につき長期間にわたり継続して使用されるものであること
- ③医師等による専門的な知識に基づく意見又は診断に基づき使用されることが必要とされるものであること

(障害者総合支援法施行規則 第六条の二十より)

(2) 補装具費支給事務の概要

1) 視覚障害用補装具の種目、名称、価格等

補装具費を支給する際の、補装具の名称、型式、基本構造、耐用年数、基準となる価格などについては、厚生労働省の告示「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」(以下「告示」という。)に定められています。医学的な判断を必要とする視覚障害用補装具を、表1、表2に示します。

表1 義眼の種類、告示価格、耐用年数

種 類(名称)		告示価格(円)	耐用年数
義眼	レディメイド	17,000	2年
	オーダーメイド	82,500	

表2 眼鏡の種類、告示価格、耐用年数

種 類 (名称)		価格 (円)		耐用年数
矯正用	球面レンズ		乱視矯正 (円柱レンズ付加)	4 年
	6D 未満	17,600	21,800	
	6D～10D 未満	20,200	24,400	
	10D～20D 未満	24,000	28,200	
	20D 以上	24,000	28,200	
	遮光用機能を含む場合	30,000	34,200	
遮光用	前掛け式	21,500		
	掛けめがね式	30,000		
コンタクトレンズ		15,400		
弱視用	掛けめがね式	36,700		
	主鏡3倍以上*3	58,500		
	焦点調整式	17,900		

*3 弱視用主鏡3倍以上については、職業上又は教育上真に必要な場合に対象となる。
(令和5年3月31日付改正)

2)補装具費支給の対象

補装具費の支給を受けるには、原則として支給を申請する時点で身体障害者手帳を所持しているか、又は障害者総合支援法施行令で定める難病患者等であり、補装具を必要とする障害状況が認められることが必要です。

3)支給事務と実施主体

補装具費支給事務の取り扱いについては、原則として厚生労働省の「補装具費支給事務取扱指針」に基づいて行っています。

補装具費の支給は、各区市町村が決定します。

4)補装具費の支給に必要な医学的判断

区市町村は、補装具費の支給決定するにあたり、必要があると認められる場合には、判定依頼又は意見照会を身体障害者更生相談所等に行います（＊４）。

18歳以上の身体障害者の場合、東京都では、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく自立支援医療（更生医療）を主として担当する医師（以下、あわせて「指定医」という。）が補装具費支給意見書を作成することとしています。

18歳未満の身体障害児の補装具費支給には、指定医、又は保健所の医師が作成した補装具費支給意見書が原則として必要です。

本書では、18歳以上の身体障害者及び難病患者等への補装具費支給について説明します。

表3 身体障害者と身体障害児の補装具費支給

	身体障害者	身体障害児
実施機関	区市町村	
支給対象	18歳以上	18歳未満
判定依頼（者） 意見照会（児）	身体障害者更生相談所	自立支援医療（育成医療）機関 保健所、指定医等

＊４ 身体障害者更生相談所：東京都の場合は、東京都心身障害者福祉センターと同センター多摩支所です（以下、あわせて「センター」という）。

5)他の制度との適用関係

障害者総合支援法以外にも視覚障害を対象とする下記の補装具の給付制度があります。いずれかの制度の対象となる場合には、障害者総合支援法に優先して、その制度が適用されます。

- ①健康保険での療養給付（小児弱視等治療用眼鏡、眼鏡摘出後の眼窩保護用義眼）
- ②労働者災害補償保険法による給付
- ③船員保険法の労働災害による給付
- ④戦傷病者特別援護法による給付

6) 特例補装具費の支給について

身体障害者(児)の障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、基準に定められる名称、型式、基本構造等によりすることができない補装具を特例補装具といいます。

18歳以上の身体障害者に特例補装具費の支給の必要が生じた場合は、全てセンターの直接判定に基づき、区市町村が支給決定するものとなります。ただし、特例補装具を必要とする明確な理由が認められる必要があります。

身体障害者更生相談所では18歳未満の身体障害児への補装具費支給についての判定は行いません。しかし、身体障害児に対する特例補装具費の支給に当たって、区市町村は必要に応じて技術的な助言をセンターに求めることができます。

7) 補装具費の支給対象となる補装具の個数

補装具費の支給の対象となる補装具の個数は、原則として1種目につき1個とされています。

しかし、補装具としての眼鏡には機能の異なるものが複数含まれます。このため、視覚障害の程度や生活環境等の状況に応じて、必要性が認められれば、以下の機能の眼鏡をそれぞれ1個支給することができる場合もあります。

- ①屈折矯正 ……矯正用又はコンタクトレンズ
- ②まぶしさの軽減 ……矯正用(遮光用機能のついた場合)又は遮光用
- ③対象像の拡大 ……弱視用又は拡大を目的とする矯正用(近用)

8) 複数支給(2個支給)

区市町村は、障害の状況等を勘案して、職業又は教育上等特に必要と認められる場合は、同じ機能の眼鏡について、2個支給することができます。

9) 耐用年数と再支給

補装具では、通常の装着等状態において当該補装具が修理不能となるまでの予想年数(耐用年数)が、種目や型式ごとに、目安として定められています。

障害状況の変化等で身体に適合しなくなった場合や、著しく破損し修理不可能な場合は、耐用年数内でも再支給が可能な場合があります。ただし、耐用年数の経過後でも、修理等により継続して使用可能な場合は、再支給の対象にはなりません。

10) 難病患者等^{*5}に対する補装具費支給事務について

平成25年4月1日より難病患者等(130疾病)も障害者総合支援法の対象となり、その後何度か改正を経て令和3年11月1日より対象疾病が366疾病に拡大されました^{*6}。判定方法等の手続きは基本的に前項までに説明した従来どおりとなりますが、以下の点に留意して意見書の作成等をお願いします。

①難病患者等の補装具対象者について

政令等で定められる難病患者等の、疾患名や疾患群で補装具の項目種目を限定されることはありません。「補装具費支給事務取扱指針」に基づき、個々の身体状況等の変動状況や日内変動等を勘案し、身体機能を補完又は代替するものとして、日常生活や社会生活上の必要性が認められる場合に対象となります。

②身体症状等の変動状況や日内変動等について

現状で身体障害者手帳の等級基準と同程度の身体障害の程度に該当することの確認が必要です。身体症状等の変動状況や日内変動等がある場合は、補装具支給意見書にその内容の記載をお願いします。

補装具費支給意見書や身体障害者更生相談所等を通じ、他の身体障害者・児と同様に個々の身体状況等に応じて必要性を判定した結果、支給されない場合もあります。

- * 5 難病患者等とは、障害者総合支援法第4条第1項に定める「治療方法が確立していない疾病その他の特殊な疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者であって十八歳以上であるもの」及び児童福祉法第4条第2項で定める「治療方法が確立していない疾病その他の特殊な疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障害の程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である児童」をいいます。
- * 6 対象疾病については、厚生労働省ホームページ「ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 障害者福祉 > 施策情報 > 障害者総合支援法の対象疾病(難病等)> 令和3年11月から」をご確認ください。

参考資料

〈資料1〉各種眼鏡の説明と留意点

1 矯正用

機 能	屈折や調節を矯正するもので、以下のようなものがある。また、まぶしさの軽減を目的に遮光用機能を付加することができる。 ア 遠用 屈折矯正を目的とするもの。日常生活で常時使用する。 イ 近用 ①調節の矯正を目的とするもの 屈折矯正に加えて、眼の調節力を補い、手元の対象物などに焦点が合うようにする。読書や食事、作業時に使用する。 ②対象像の拡大を目的とするもの 屈折矯正に加えて、焦点の合う距離を短く調整し、対象物に眼を近づけることで接近による拡大効果を得るもの。 ウ 遠近両用 多焦点レンズや多重累進レンズにより、遠用・近用として使用する(中間距離に焦点が合うようにしたものも含める)。
基本構造	レンズはプラスチック又はガラス
型 式	眼鏡枠と単体のレンズからなるもの。
対象障害	視力障害
留意点	①遠近両用の矯正用は、遠用と近用の機能を有するので、複数支給として扱うことが適当と考えられる。 ②対象物への接近による拡大効果を目的とし、対象像の歪み(収差)を軽減するために非球面凸レンズや複数レンズ、回折レンズを使用するものは、いずれも近用として扱うことが適当と考えられる。 ③プリズムを含む矯正レンズについては、矯正用として扱うことが適当と考えられる。

2 コンタクトレンズ

機 能	屈折や調節の矯正
基本構造	主材料－プラスチック
型 式	眼球に直接装着する単体のプラスチックレンズ。
対象障害	視力障害
留意点	①コンタクトレンズと矯正用のいずれでも同程度の視力改善が望める場合、相談者がいずれか一つを選択することができる。 ②コンタクトレンズは屈折や調節の矯正を目的とするものであり、角膜保護や薬剤の充填、角膜矯正等を目的とする治療用コンタクトレンズなど、基本的な屈折矯正を目的としないものについては、支給対象とならない。 ③遠近両用コンタクトレンズは、遠用と近用の機能を有するので、複数支給として扱うことが適当と考えられる。 ④カラーコンタクトレンズや虹彩付きのカラーコンタクトレンズが、屈折矯正ではなくまぶしさの軽減のために使用される場合がある。まぶしさの軽減のための補装具としては遮光用が定められており、上記のものは支給対象とはならない。

3 遮光用

機 能	強いまぶしさを軽減
基本構造	レンズはプラスチック又はガラスとする。
型 式	ア 掛けめがね式 眼鏡枠とカラーフィルターレンズからなる。 イ 前掛式 眼鏡装着用器具とカラーフィルターレンズからなる。
対象障害	強いまぶしさを伴う視力障害及び視野障害
留意点	①遮光用レンズは、羞明(強いまぶしさ)を軽減するために可視光のうちの一部の透過を抑制するものとされる。分光透過率曲線の公表されたものが支給の対象とされており、メーカー、製品シリーズ、カラータイプの指定が必要である。 ②「遮光率」は、視感透過率を 100%から引いた値を示している。一般的な遮光率の定義とは異なるので注意されたい。 ③視力障害があり、屈折矯正を必要とする場合には、矯正用の遮光用機能を含むもので対応する。 ④視野障害のみで(視力障害がなく)屈折矯正が必要な場合は、所持の矯正用に遮光用前掛式を装着するか、所持の矯正用の上からオーバーサングラスタイプの掛けめがね式を装用するか、又は遮光用掛けめがね式に差額自己負担で屈折矯正を付加する。 ⑤遮光用の目的は強いまぶしさを軽減であり、整容や疾患の進行予防などを目的とする場合は、支給の対象とすることは適当ではないと考えられる。

表4 カラーフィルターレンズの例とカラータイプ及び遮光率

製 品	カラータイプと遮光率(%)																					
	低い		遮光率																		高い	
HOYA レチネックス	SY	YE	PN	SYD	OO	YG	PY	GN	BY	OG	DG	OBL	PU	OR	GY	PUD	GYD	RE	YB	DGD	OB	
	16%	25%	28%	28%	34%	35%	36%	36%	45%	45%	47%	48%	50%	53%	57%	62%	68%	69%	72%	72%	88%	

東海光学 CCP	LY	YL	OG	OY	YG	BR	UG	RO
	ライト	イエロー	オリーブ*	オレンジ*	イエロー	ブラウン	アンバー	レッド*
	イエロー		グリーン	イエロー	グリーン		グリーン	オレンジ*
	40%	47%	54%	61%	68%	68%	79%	81%

東海光学 CCP400	RS	TS	AC	SP	SA	LG	NA	LV	SC
	レギュラーシェン	テンダーシェン	オートムカラー	スプラウト	サンバット	ライトグレー	ニューオートム	ライトバイオレット	スプラウトカラー
	17%	19%	19%	24%	25%	25%	26%	28%	32%
	MG	FL	MV	NL	WH	HG	CH	FR	TR
	ミドルグレー	フォーリン	ミドル	ニューリーブス	ウッディイ	ヘビークレー	カカオ ハニー	フォレスト	トレンクス
		リーブス	バイオレット		ヒーリング*				
	46%	49%	50%	54%	67%	68%	68%	83%	84%

東海光学 調光レンズ CCG	YL	OY	BR	YG	RO	UG
	イエロー	オレンジイエロー	ブラウンレッド*	イエローグリーン	ブラウンレッド*	アンバーグリーン
	60%→75%	69%→78%	74%→80%	80%→88%	80%→88%	86%→91%

(メーカーのカタログより抜粋)

4 .弱視用

I 共通事項

機 能	矯正用やコンタクトレンズによる屈折矯正だけでは、作業や文字の読み書き、環境の確認等に必要な視覚が得られない場合に、対象像を光学的に拡大することで、これらを可能にする。
基本構造 及び 型 式	ア 掛けめがね式 イ 焦点調整式 単眼鏡 ウ 焦点調整式に準ずる拡大鏡
対象障害	対象像を光学的に拡大する必要がある視力障害及び視野障害。
留意点	①通常の文字の読書きには 0.4 以上の視力を必要とする。良い方の矯正視力が 0.4 未満の場合には、弱視用の適用が考えられる。 ②視力の程度にかかわらず、障害状況や見ようとする対象の性質から拡大を要する場合には、具体的な理由とその効果が認められれば、支給の対象とすることは可能である。

II 各弱視用

ア 掛けめがね式

機 能	遠用の望遠鏡による拡大と近用凸レンズによる視距離調整又は接近拡大効果から対象像を拡大する。
型 式	眼鏡枠とケプラー式又はガリレオ式の小型望遠鏡と近用レンズキャップからなり、単焦点のもの。
対象障害	対象像を光学的に拡大する必要がある視力障害及び視野障害。

イ 焦点調整式 単眼鏡

機 能	焦点距離を調整できる小型望遠鏡により対象像の拡大を得る。
型 式	焦点距離を調整できる小型望遠鏡
対象障害	対象像を光学的に拡大する必要がある視力障害及び視野障害。

ウ 焦点調整式 拡大鏡

機 能	凸レンズの虚像により対象像の拡大を得る近用弱視用。
型 式	単体の凸レンズ(フレンネルレンズや複数のレンズで構成された無収差レンズを含む)、あるいは凸レンズと持ち柄又はスタンドからなるもの。
対象障害	対象像を光学的に拡大する必要がある視力障害及び視野障害。

弱視用

ア 掛けめがね式



焦点調整式

イ 単眼鏡



単眼鏡

ウ 拡大鏡



スタンプルーペ



スタンド式ルーペ



手持ち式ルーペ



携帯用ルーペ

<資料 2> 補装具費支給意見書（視覚障害用）作成上の留意点

1 身体障害者手帳

- ・所持している身体障害者手帳の内容を確認し、等級、手帳交付日を記入してください。
- ・障害者総合支援法施行令で定める難病患者等の方は、身体障害者手帳を所持していない場合でも、現状で視覚障害に該当し、各補装具の支給要件を満たしていることが確認できれば、補装具費支給の対象となる可能性があります。

2 視覚障害の状況と所見

(1)原因となった疾患・外傷名

- ・意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(2)視力

- ・裸眼視力と矯正視力、屈折矯正については、必ずご記入ください。

(3)視野

- ・視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野障害が認められることの確認が必要となるため、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。視野障害の手帳を所持している場合は、ご記入の必要はありません。

(4)現症

- ・前眼部、中間透光体、眼底の現状での所見を記入してください。

3 補装具

(1)義眼

- ・オーダーメイドとレディメイドの2種類があります。通常はオーダーメイドを指定してください。
- ・レディメイドについては、取扱う業者が限られます。

(2)眼鏡(矯正用)

- ・視力障害の身体障害者手帳を所持していること(難病患者等については、視力障害に該当すること)、矯正の効果があることが支給要件です。視野障害のみの場合は対象になりません。

(3)眼鏡(遮光用)

- ・視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。
- ・遮光用レンズは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線の公表されたものとされています。確認できるように、品名(メーカー名を含む)、カラータイプ、遮光率を指定してください。

(4)眼鏡(コンタクトレンズ)

- ・視力障害の身体障害者手帳を所持していること(難病患者等については、視力障害に該当すること)、矯正の効果があることが支給要件です。視野障害のみの場合は対象になりません。
- ・コンタクトレンズ装用時の視力についても記入してください。

(5)眼鏡(弱視用)

- ・視力障害または視野障害の身体障害者手帳を所持していること(難病患者等については、視力障害または視野障害に該当すること)、視対象の拡大を必要とすることが支給要件です。
- ・掛けめがね式、焦点調整式のいずれかを指定してください。
- ・掛けめがね式については、品名(メーカー名を含む)、主鏡の倍率、近用キャップの倍率又はレンズのジオプトリーを指定してください。

- ・焦点調整式については、品名等(単眼鏡か拡大鏡かの指定、メーカー名を含む)、倍率又はレンズのジオプトリーを指定してください。
- ・使用目的と具体的な効果をお書きください。

(6)備考

特記事項があれば、お書きください。

(7)その他

- ・作成年月日、医療機関名、診療担当科、医師名、電話又はFAXを記入してください。
- ・該当する資格と登録場所(都道府県等)を記入してください。
- ・意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する眼科医師が作成してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能です。

4 補装具(複数支給同時申請用)

補装具費の支給は、原則1種目につき1個です。眼鏡は1つの種目ですが、補装具費支給の要件を満たし、効果が認められる場合には、下記①～③の異なる機能の眼鏡ごとに1個の眼鏡を支給対象とすることも可能です。

- ①屈折矯正 …… 矯正用、コンタクトレンズ
- ②対象像の拡大 …… 弱視用
- ③まぶしさの軽減 …… 遮光用

同じ機能の眼鏡については1個の支給が原則ですが、職業上または教育上等で特に必要と認められる場合には、2個目の支給(複数支給)が可能です。支給の判断は、区市町村の補装具費支給担当部署が行います。

複数支給には、下記①～③の例があります。

①矯正用、コンタクトレンズでの例

- ・遠用と近用
- ・遠近両用

②遮光用、矯正用遮光用機能つきでの例

- ・遮光率や屈折矯正の異なるもの

※屋外用と室内用という指定だけでは複数支給の理由とは判断できません。職業上または教育上等の具体的理由をお書きください。

③弱視用での例

- ・倍率の異なるもの
- ・焦点調整式単眼鏡(遠用)と拡大鏡(近用)

※義眼又はコンタクトレンズの両眼装用について

義眼又はコンタクトレンズを両眼に装用する場合は、複数支給ではなく、「3 補装具」の欄を使用してください。義眼であれば装用眼に「両眼」の選択、またコンタクトレンズであれば左右の処方欄に処方をお書きください。

問合せ先：東京都心身障害者福祉センター
障害認定課 身体障害担当
TEL 03-3235-2965
FAX 03-3235-2959

<資料3>

補装具費支給意見書(視覚障害用)見本

氏名		生年月日	年	月	日生 (歳)
住所	区郡 市	町 村	丁目	番 (	号 方)

- 1 身体障害者手帳 所持の身体障害者手帳の内容についてご記入をお願いいたします。

視力障害	級	手帳交付日	年	月	日
視野障害	級				

- 2 視覚障害の状況と所見 意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(1)原因となった疾病・外傷名

--

(2)視力 必ずご記入ください。

	裸 眼	矯 正			
右 眼	(	x	D	cyl	D A)
左 眼	(	x	D	cyl	D A)

- (3)視野 視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。

ゴールドマン型視野計

- 1) 周辺視野の評価 (I / 4)

①周辺視野角度の総和がそれぞれ 80 度以内

右 () 度 左 () 度

②両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい ・ いいえ)

- 2) 中心視野の評価 (I / 2)

両眼中心視野角度 () 度

または

自動視野計

- 1) 周辺視野の評価 (両眼開放エスターマンテスト)

両眼開放視認点数 () 点 (≤ 80)

- 2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

両眼中心視野視認点数 () 点

- (4)現症

	右	左
前 眼 部		
中間透光体		
眼 底		

3 補装具

- (1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。
オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

- (2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

（使用目的及び具体的な効果）

遮光用機能が必要な場合 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

（使用目的及び具体的な効果）

- (3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

（使用目的及び具体的な効果）

前掛式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

（使用目的及び具体的な効果）

- (4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

（使用目的及び具体的な効果）

コンタクトレンズ装用時の視力 右[] 左[]

- (5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名()

主鏡(倍) 近用キャップ(倍・D)

焦点調整式 品名等() 倍率又はジオプトリー(倍・D)

（使用目的及び具体的な効果）

- (6)備考

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

年 月 日

医療機関名

診療担当科

医師名

電話又はFAX

該当する項目へのご確認(□の✓)をお願いいたします

◎身体障害の場合

・身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医 □

・障害者総合支援法第59条第1項に基づく眼科更生医療を主として担当する医師 □

登録場所 東京都 他道府県[]

◎難病患者等の場合 現状で視覚障害に該当することが必要です

・保健所の医師 □

・難病法第6条第1項に規定する指定医 □

登録場所 東京都 他道府県[]

令和5年4月から

4 補装具(複数支給同時申請用)

(氏名

)

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。

オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔使用目的及び具体的な効果〕

遮光用機能が必要な場合

品名(

) カラータイプ(

) 遮光率(

%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔使用目的及び具体的な効果〕

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式

品名(

) カラータイプ(

) 遮光率(

%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔使用目的及び具体的な効果〕

前掛式

品名(

) カラータイプ(

) 遮光率(

%)

〔使用目的及び具体的な効果〕

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

〔使用目的及び具体的な効果〕

コンタクトレンズ装用時の視力 右〔 〕 左〔 〕

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名(

)

主鏡(

倍)

近用キャップ(

倍・D)

焦点調整式 品名等(

) 倍率又はジオプリー(

倍・D)

〔使用目的及び具体的な効果〕

(6)備考

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

年 月 日

医療機関名

診療担当科

医師名

電話又はFAX

令和5年4月から