補装具・様式１２

補　装　具　費　支　給　意　見　書（眼科用）

氏名	M　T 年　月　日生 S　H

障害名の選択（〇で囲む）及び原因となった疾病・外傷名（難病の場合は、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施行令に規定する疾患名を記載のこと）

・視力障害　　・視野障害

（　　）

障害の状況（下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する）

必要と認める補装具

補装具の種目、名称の選択（〇で囲む）

・　義眼［・普通義眼　・特殊義眼　・コンタクト義眼　］
・　弱視眼鏡［・掛けめがね式　・焦点調整式　］　・遮光眼鏡
・　矯正眼鏡　　・コンタクトレンズ

処方内容　下記より選択（☑付け）

□　処方箋を添付
□　右記のとおり
→　（　　）

使用効果見込み　下記より選択（☑付け・複数選択可）

□容姿が整う　□物が拡大し、見えなかった物が見えるようになる
□羞明が軽減する　□ピントが合って、はっきり見える　□視力が上がる
□その他（　　）

上記のとおり意見する
平成　　年　　月　　日

病院又は診療所名
所　在　地
医　師　氏　名　　㊞

＊矯正眼鏡・コンタクトレンズ・遮光眼鏡については眼科医が作成したものとする。
＊義眼については、障害者総合支援法第５９条に基づく指定自立支援医療機関の医師又は、身体障害者福祉法第１５条に基づく指定医が作成したものとする。
＊弱視眼鏡及び身体障害児の意見書については、障害者総合支援法第５９条に基づく指定自立支援医療機関の医師が作成したものに限る。