

補装具費支給意見書（眼鏡等用）

氏 名		生年月日		年	月	日（ ）	歳
住 所							
障 害 名		種 級 (視覚障害の等級)					
障 害 の 原 因 と な る 傷 病 の 経 過 、 現 症							
右 視 力 = 裸眼 矯正 (× D Cyl D Ax °)							
左 視 力 = 裸眼 矯正 (× D Cyl D Ax °)							
羞明の有無 ☐ 有 ☐ 無							
必 要 な 補 装 具 名		☐ 矯正眼鏡 ☐ 遮光眼鏡 (☐ 前掛け式 ☐ 掛けめがね式) ☐ コンタクトレンズ ☐ 弱視眼鏡 (☐ 掛けめがね式 ☐ 焦点調整式) ☐ 普通義眼 (既成品) ☐ 特殊義眼 (調整・特殊加工したもの) ☐ コンタクト義眼					

矯正眼鏡 (乱視矯正 ☐右 ☐左 ☐両 ☐無)

遮光眼鏡 (製品名/カラー処方)

		矯正視力	Sph	Cyl	AX
遠	右				
用	左				
近	右				
用	左				

弱視眼鏡 (☐右 ☐左 ☐両)

(☐掛けめがね式 ☐焦点調整式 (単眼鏡・拡大鏡))

遠用	☐ 3 倍率未満 ☐ 3 倍率以上 (倍率)
近用	☐ 3 倍率未満 ☐ 3 倍率以上 (倍率)

※ 高倍率の場合は就学、就業上の理由を明確にすること。

コンタクトレンズ

	矯正視力	Base Curve	Power	Size
右				
左				

義眼

右 眼	左 眼	両 眼
-----	-----	-----

【主 た る 目 的】 ☐視力矯正 ☐羞明感改善 (遮光眼鏡 ※要カラーの処方)
☐その他 ()

【使用効果・必要性】

上記のとおり診断する。	
年 月 日	医 療 機 関 名 所 在 地 指定医師氏名

※身体障害者福祉法第15条第1項の規定に基づき指定された医師が記入すること。
※該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。