補装具費支給意見書
義足

氏　名		生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	年　月　日（　）歳	
住　所				TEL	
医学的所見	疾患名		切断部位	両　左　右 切断	切断術施行日　年　月　日
	障害名	種　級	断端長	cm	理由　事故・疾病（病名　）
	現症	（作成・修理）が必要である。			職業（具体的に）
種目	殻構造　・　骨格構造	採型区分	B-　（　）		種目名称別コード

名称・型式	殻構造	骨格構造
1．股義足		
2．大腿義足	a. 差込式　b. ライナー式　c. 吸着式	a. 差込式　b. ライナー式　c. 吸着式
3．膝義足	a. 差込式　b. ライナー式　c. 吸着式	a. 差込式　b. ライナー式　c. 吸着式
4．下腿義足	a. 差込式　b. PTB式　c. PTS式 d. KBM式　e. TSB式	a. 差込式　b. PTB式　c. PTS式 d. KBM式　e. TSB式
5．サイム義足		
6．足根中足義足	a. 足袋式　b. 下腿部支持式	
7．足趾義足		

基本価格			加算
1．差込式	6．KBM式		1．片側骨盤切断用
2．ライナー式	7．TSB式		2．短断端切断用キャップシャフト
3．吸着式	8．有窓式		3．坐骨収納型ソケット
4．PTB式	9．足袋式		4．大腿支柱付き
5．PTS式	10．下腿部支持式		5．チェックソケット　□シリコーン又はライナー　□透明プラスチック

【製作要素価格】

ソケット	1．熱硬化性樹脂 2．熱可塑性樹脂 3．木製 4．皮革 □エアクッションソケット □カーボンストッキネット □下腿部支持式	インソート　ソフト	1．皮革 2．軟性発泡樹脂 3．皮革・軟性発泡樹脂 4．皮革・フェルト 5．シリコーン
義足懸垂用部品	1．股義足用 a. 懸垂帯一式 2．大腿義足用　3．膝義足用 a. シレジアバンド一式　b. 肩吊り帯 c. 腰バンド　d. 横吊帯　d. 義足用股吊帯一式 4．下腿義足用　d. PTB膝カフ一式 a. 腰バンド　b. 横吊帯 c. 大腿コルセット一式　d. PTBカフベルト一式		
断端袋	1．大腿用 2．下腿用		

支持部	殻構造義肢	骨格構造義肢
	1．股部 2．大腿部 a. 木製　b. 熱硬化性樹脂 3．下腿部 a. 木製　b. 熱硬化性樹脂 4．足部 □土台修正 □鉄脚使用	1．股義足用 2．大腿義足用 3．膝義足用 4．下腿義足用 □土台修正

外装	殻構造義肢		骨格構造義肢
	1．股部	a. 皮革	1．股義足用
	2．大腿部	b. プラスチック	2．大腿義足用
	3．下腿部	c．塗装	3．膝義足用
	4．足部	d. リアルソックス	4．下腿義足用
			□リアルソックス

【完成用部品処方内容】

完成用部品	

製作にあたっての特記事項、使用者の希望事項など記述すること

（借受けの希望　有　・　無　）

上記のとおり意見します。

年　月　日

医療機関名
診療科
医師名

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に定める指定医師で肢体不自由の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。

※　耐用年数基準前の作製または高額の修理は、理由を明記すること。
※　原則的に、一人に一義足の交付である。
※　他法の適用が可能な者は、障害者総合支援法に優先する。