

補装具費について

1 対象者の要件

- (1) 身体障害者（身体障害者手帳必須）、難病患者等（※難病患者等については、障害者総合支援法における難病等に限りま。）
- (2) 本人及び配偶者の市町村民税所得割が46万円未満であること。
※ 障害児（18歳未満）の場合は、同一世帯員の方それぞれの市町村民税所得割をみます
- (3) 補装具の種類に応じた対象者であること。
- (4) 名護市に住所を有する者（居住地特例対象者を含む）

2 補装具の種類と対象者

補装具名	基本要件
補聴器	聴覚障害者
車椅子	義肢・装具・杖等の補装具を使用しても歩行が困難な者（原則として下肢機能障害2級以上又は体幹機能障害3級以上）
電動車椅子	下記要件の全て（①については、①のア・イ又は②のいずれかに該当すればよい）を満たす重度の歩行困難者で、電動車椅子の使用により自立と社会参加の促進が図れる者 ① 重度の下肢機能障害者（原則として下肢機能障害2級以上又は体幹機能障害3級以上）で ア 上肢機能障害があるため手動車椅子の使用が不可能な者又は操作が著しく困難な者 イ 上肢機能障害はないが、使用目的及び日常生活圏の環境等の状況から、電動車椅子を使用することにより日常生活の自立と社会参加の促進が図れる者 ② 呼吸器機能障害及び心臓機能障害によって歩行に著しい制限を受ける者であって、医学的所見から適応が可能な者 ③ 視野、視力、聴力等に障害を有しない者又は障害を有するが電動車椅子の安全歩行に支障がないと判断される者
座位保持装置	体幹機能障害、下肢機能障害
義肢	先天的に、又は切断により四肢の一部を欠損している者
下肢装具	下肢機能障害（体幹機能障害3級以上で歩行困難の者を含む） 装具種類：股装具、長下肢装具、膝装具、短下肢装具、ツイスター、足底装具
靴型装具	下肢機能障害（糖尿病を起因とした足趾切断、変形がある場合も対象となる）
体幹装具	体幹機能障害の者で、体幹に筋力低下や変形拘縮があり、座位又は歩行が困難な状況の者 装具種類：頸椎装具、胸椎装具、腰椎装具、
上肢装具	上肢機能障害 装具種類：肩装具、肘装具、手関節背屈保持装具、長対立装具、短対立装具、把持装具 MP屈曲補助装具、MP伸展補助装具、指装具
視覚障害者のための補装具	視覚障害者 補装具種類：視覚障害者用安全つえ、義眼、眼鏡
重度障害者用意思伝達装置	両上下肢機能障害及び音声・言語機能障害者、 難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者
その他	下肢機能障害、体幹機能障害、平衡機能障害、難病患者等のうち、前記相当の身体障害がある者 補装具種類：歩行器、歩行補助杖
障害児に関わる補装具	補装具種類：座位保持椅子、起立保持具、頭部保持具、排便補助具

3 申請から支払までの流れ

- (1) 相談、事前準備：申請の前に、申請内容や補装具購入履歴等の確認をする必要がありますので、市役所窓口へお越しいただき、事前の相談及び記入用紙の取得等をお願いします。（電話対応可）
- (2) 申請：申請に必要な書類等を持参（代理人可）し、社会福祉課で申請手続きをお願いします。
- ① 市役所で記入するもの：補装具（購入・修理）支給申請書、個人番号等の提供について
- ② 持参するもの：意見書・処方箋、見積書、対象者の障害者手帳、印鑑（認印可）
- ※ **購入申請で以下に該当する場合は、上記書類に加え、別途書類が必要です。**
- 車椅子申請で入院、入所中：病院入院・施設入所中の車いす交付に係る理由書
 - 車椅子申請で介護保険第1・2号被保険者：補装具の判定依頼に係る確認票
 - 電動車椅子：身体障害者の電動車椅子（EW/C）判定調査表
 - 重度障害者用意思伝達装置：補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）
 - 特例補装具：特例補装具費支給意見書
- ※ **修理申請の場合は、②見積書、③対象者の障害手帳、④印鑑（認印可）があれば申請可能です。**
- (3) 審査・判定：申請書受理後、補装具費支給の要否に係る判定を行います。補聴器や義肢、装具、車椅子等は沖縄県身体障害者更生相談所が判定を行い（3か月程度かかります）、修理申請、身体障害児（18歳未満）、杖等は市町村が判定を行います。
- (4) 決定：補装具の給付が決定した際は、申請者と販売業者へ通知文等を送付します。通知書が届いたら、販売業者と連絡を取っていただき、用具を受け取る段取りや支払等に関する調整をお願いします。
- ※ 同封される「支給券」と「委任状」は、支払のときに必要となりますので、大切に保管してください。
- (5) 支払：補装具を受領後、販売業者へ自己負担分の支払をお願いします。公費負担分については、福祉事務所から販売業者へ直接支払います。

4 自己負担額

自己負担は費用の1割又は37,200円（負担上限月額）のいずれか少ない方となります。ただし、基準額を超える場合は、基準額を超える分も自己負担となります。（非課税世帯又は生活保護受給者の場合は、基準額内であれば自己負担はありません。）

※ 基準額については、「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」参照

例) 補聴器（高度難聴用耳かけ型）（基準額：56,074円）の自己負担額

- 購入費用が56,074円の場合
自己負担額は1割の5,607円（非課税世帯又は生活保護受給者は自己負担0円）
- 購入費用が100,000円の耳あな型を購入する場合
5,607円（1割）+43,926円（超過分）の計49,533円
（非課税世帯又は生活保護受給者は超過分43,926円の自己負担）