5号様式

補装具費支給意見書・処方箋（義眼・眼鏡）

氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日　歳
住所	現在の生活場所：自宅・施設・病院・その他（　　）		
職業		原傷病名	
手帳障害名	種　　級		（発症年月日：　年　月　日頃）

障害の状況及び現症

障害の原因となる傷病の経過、現症、及び機能・能力について記載してください。

（注）眼鏡（矯正用）については，身体障害者手帳の視野障害のみの認定者に対して支給できません。（視野障害のみの認定者が，矯正機能付き遮光眼鏡を希望する場合，視力矯正機能の追加に要する費用を自己負担することで，購入することは可能です。）
ただし，難病患者等で視力障害の手帳交付基準に該当する場合は，制度上，手帳交付申請を行わなくても支給可能です。

		裸眼	矯正
視力	右	（　　）	（　　）
	左	（　　）	（　　）

補装具の名称

義眼	□レディメイド　□オーダーメイド
眼鏡	□矯正用（□乱視含む　□遮光用としての機能が必要） □遮光用（□前掛式　□掛けめがね式）　＊品名（　　）　カラータイプ（　　） □コンタクトレンズ（　□　多段階レンズ　□虹彩付レンズ　） □弱視用（□掛けめがね式（□高倍率（3倍率以上）の主鏡を必要とするもの）　□焦点調整式）

補装具の処方内容

義　眼　　※処方箋添付可

右　眼	左　眼	両　眼

矯正用・遮光用

矯正視力			PD（瞳孔間距離）	Sph（球面レンズ）	Cyl（円柱レンズ）	AX（円柱軸）	Prism（ﾌﾟﾘｽﾞﾑ）	Bace（基底）
□ 遠　用	右		mm	D	D	°	△	
	左		mm	D	D	°	△	
□ 近　用	右		mm	D	D	°	△	
	左		mm	D	D	°	△	

コンタクトレンズ（ ハード ・ ソフト ）

	矯正視力	Base Curve	Power	Size
右眼				
左眼				

弱視用

□ 焦点調整式（単眼鏡）	（　倍率）
□ 掛けめがね式	（　倍率）

使用効果見込み

□ 容姿が整う　□ 視力矯正　□ 羞明感改善（遮光）
□ その他（　　）

その他特記事項

＊支給対象となる個数は原則1個です。複数個処方の場合，処方理由（具体的必要性）を記載してください。

上記のとおり処方いたします。

令和　年　月　日

所在地
医療機関名
指定医氏名

（令和7年4月1日から適用）