

補装具の種目		対象となりうる障害等（例）
義 肢	義 手	上肢切断又は離断
	義 足	下肢切断又は離断
装 具 	上肢装具	上肢機能障害
	体幹装具	体幹機能障害
	下肢装具	・ 下肢機能障害
	靴型装具	・ 体幹機能障害 3 級以上で歩行困難な方
姿勢保持装置		・ 体幹機能障害 ・ 脳原性運動機能障害 ・ 両上下肢機能障害により座位保持が困難な方
車椅子 	全 般	・ 義肢・装具・杖等の補装具を使用しても歩行が困難な方（原則として、下肢機能障害 2 級以上又は体幹機能障害 3 級以上で歩行障害がある方） ・ 心臓機能障害又は呼吸機能障害で歩行が困難な方（注）
	自走用	・ 上記障害で、自力走行が可能な方、又はその可能性がある方 ・ 片麻痺（片方のみ上下肢機能障害）であって健肢で自力走行が可能な方
	介助用	上記障害で自走困難な方
電動車椅子 	全 般	
	簡易形	切替式
		一部自走可能だが、長距離移動等のために電動機能が必要な方
	標準形	アシスト式
		電動アシスト機能によって長距離や坂道・悪路の自走が可能となる方
	低速用 中速用	
	簡易形では対応できない方	
視覚障害者安全つえ		視覚障害（視力の低下、視野狭窄）
義 眼		視覚障害（無眼球、眼球萎縮、角膜白斑等）
眼 鏡		視覚障害（視力の低下、視野狭窄） ただし視野障害のみでは矯正用眼鏡は対象外

補装具の種目		対象となりうる障害等（例）
補聴器 	全 般	高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な方 ※中軽度補聴器は補装具費の対象外であることに留意すること
	高度難聴用	聴覚機能障害：装用する耳の聴力レベルが 90 dB未満（聴覚機能障害 6・4 級相当）の方
	重度難聴用	聴覚機能障害：装用する耳の聴力レベルが 90 dB以上（聴覚機能障害 3・2 級相当）の方
	耳あな型	聴覚機能障害：身体上・職業上等の理由で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な方※オーダーメイドの場合は、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な方
	骨導式	伝音性難聴者であって、耳漏が著しい方又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ、耳栓又はイヤーマールドの使用が困難な方
人工内耳	人工内耳用音声信号処理装置（修理）	人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要であると判断している方
車載用姿勢保持装置		・体幹機能障害又は脳原性運動機能障害（市販のチャイルドシートやジュニアシートでは対応出来ない方） 
起立保持具（身体障害児のみ）		・体幹機能障害又は脳原性運動機能障害 ・下肢機能障害
歩 行 器		・下肢機能障害 ・体幹機能障害又は脳原性運動機能障害 ・心臓機能障害又は呼吸機能障害
排便補助具（身体障害児のみ）		・体幹機能障害又は脳原性運動機能障害 ・下肢機能障害
歩行補助つえ		・下肢切断又は離断 ・下肢機能障害 ・体幹機能障害又は脳原性運動機能障害
重度障害者用意思伝達装置		・重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思を伝えることが困難な方 ・難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である方

（注）肢体不自由以外の理由で車椅子又は電動車椅子を申請する場合は、呼吸機能障害や心臓機能障害等の内部障害に起因する著しい歩行制限があるという医学的な理由が必要です。補装具費支給に関する意見書を作成する医師は、原則、「内部障害」で指定を受けている医師となります。ただし、可能な限り「肢体不自由」で指定を受けている医師が車椅子又は電動車椅子の構造（処方）や歩行困難状況を併記してください。
※御不明な点は、更生相談所にお問い合わせください。

補装具イメージ



義肢

筋収縮時に発生した皮膚表面で計測される表面電位を用いて制御する電動義手



上肢装具



下肢装具

装具



姿勢保持装置



肢体不自由者の補装具



視覚障害者の補装具



聴覚障害者の補装具



重度障害者用意思伝達装置



車載用姿勢保持装置



障害児の補装具