

会員各位

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部自立支援振興室より「令和3年度 補装具費支給基準告示改定に向けた書面ヒアリング」について下記および添付のご依頼がありました。

つきましては、ご依頼内容をご確認いただき、ご意見がありましたら添付の「意見様式」にご記入の上、大分県作業療法協会事務局までFAXもしくはメールでご返信ください。

〆切は7月25日（日）までとさせていただきます。

厚生労働省からの依頼内容

-----  
補装具費支給制度 関係団体 各位

\*BCCで送信しております。

\*ご担当者が異なるようでしたら団体内で転送願います。

平素よりお世話になっております。

厚生労働省 障害保健福祉部 自立支援振興室でございます。

標記について、補装具費支給基準告示の次期改定に向けて参考とさせていただきたく、関係団体の皆様方からご提案を賜りたいと考えております。お忙しいところ大変恐縮ですが、ご協力をお願いいたします。

なお、昨年度までは4つの項目にてご提案いただいたところですが、基準額の変更については皆様のご提案を基に

令和3年度の厚労科研で研究を開始しております。よって、1.新規種目のご提案 2.形式、基本構造の変更（追加・修正・削除）の2点で今年度は実施いたします。

つきましては、ご提案がある団体の皆様は、別添の様式に必要事項を記載の上、8月7日（金）の17時までにご提出ください。

より詳細に何う必要があるご提案があった場合は、補装具評価検討会の場でヒアリングを実施する場合がございます。

その際もご協力いただきますよう、お願いいたします。

**【留意点】**

- ・可能な限り、客観的データに基づき記載してください。なお、データや学术论文等がある場合は添付してください。
- ・ご提案については、団体として内容を精査・集約し、優先度が高い順に整理したうえで送付してください。
- ・様式は別添の Excel で提出してください（PDF や word 等は不可とします）