様式例Ｂ－４

電動車椅子使用環境調査票

※電動車椅子の支給（再支給も含む）を希望する場合に記載すること。

氏　名	男 女	大・昭 平・令　　年　　月　　日生（　　歳）
住　所		
使用目的	該当するものにチェックをしてください。（複数回答可） それぞれの具体的な内容を下の(　)に記入してください。 □　通院、買物等の家事　　□　施設通所等の公共施設への往復 □　生業に必要　　□　その他 （具体的な内容を記入）	
日常生活の行動範囲の状況	それぞれの項目の該当する方に○をしてください。 項目の内容以外に特に記載した方が良い状況がある場合は（　）に記入してください。 ①　坂道（有・無）　　②　悪路（未舗装）（有・無） ③　歩車道の区分（有・無）　　③　交通信号（有・無） ④　交通量（少・普通・多）　　⑤　踏み切り（有・無） （その他の特記事項）	
行動範囲	行動半径（約　　Ｋｍ）	
その他の特記事項等		
市町所管課の意見	電動車椅子の使用環境は（適当、不適当）である。 令和　　年　　月　　日　　市町名 担当者名	

参考　簡易型電動車椅子の仕様については、実用登坂角度６°、電動走行距離は１充電当たり約４Ｋｍです。