

義肢等補装具旅費支給申請書

| | | | | | | | | | | | |
|------------|-------|-------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 標準字体 | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 〃 | ー |
| アイウエオカキクケコ | サシスセソ | タチツテト | ナニヌ | | | | | | | | |
| ネノハヒフヘホ | マミム | メモヤユヨ | ラリルレロ | ワ | | | | | | | |

帳票種別

※①管轄局 ※②未支給

3 未支給

※③受付年月日

元号 年 月 日

9 令和

※⑫金融機関コード

| 金融機関 | | | 店舗 | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |

※⑬郵便局コード

④概算・精算の別

1 概算払い
 2 精算払い

⑤請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。

千万 百万 十万 万 千 百 十 円

⑥承認番号

(旅費の内訳を裏面に記入してください。)

(承認番号を1つ記入してください。わからない場合は、記入不要です。複数ある場合は、承認番号欄の右余白部分に記入してください。)

金融機関名

| 銀行・金庫 | 店舗名 | 口座名義人 |
|-------------|-----|-----------------------|
| 農協・漁協 信組 | | 本店・本所 出張所 支店・支所 |

⑦預金の種類

1 普通
 3 当座

⑧口座番号

⑨預金通帳の記号番号：番号に空欄ができる場合は「0」を記入してください。

| 記号 | 番号 | 番号 | 番号 | 番号 | 番号 | 番号 | 番号 | 番号 | 番号 |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |

⑩口座名義人(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけてください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

10

⑪口座名義人つづき(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけてください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

20 30

ゆうちょ銀行の口座の場合、口座名義人は30文字以内で記入してください。

⑭旅行期間初日

元号 年 月 日

7 平成
9 令和

⑮旅行期間末日

元号 年 月 日

7 平成
9 令和

⑯旅行回数

回

⑰旅行事由

1 義肢、装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子、かつらの採型・装着
2 筋電電動義手に係る装着訓練、試用装着期間における指導等及び適合判定
3 能動式義手に係る装着訓練
4 義眼の装嵌
5 コンタクトレンズ、浣腸器付排便剤の購入費用の支給に係る検査

事実証明

下記申請者が、当医療機関(施設)において、_____年 月 日より _____年 月 日まで、
1. 義肢、装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子、かつらの採型・装着 2. 筋電電動義手に係る装着訓練、試用装着期間に
おける指導等及び適合判定 3. 能動式義手に係る装着訓練 4. 義眼の装嵌 5. コンタクトレンズ、浣腸器付排便剤の購入費
用の支給に係る検査(該当に○)を行ったことを証明します。

_____年 月 日 _____ 電話番号 _____ 局番

住 所 _____

医療機関又は施設名 _____

氏 名 _____

(概算払いを受ける場合は、記入不要です。)

義肢等補装具旅費の支給を受けたいので、上記のとおり申請します。

⑱郵便番号 - 電話 _____ 局番

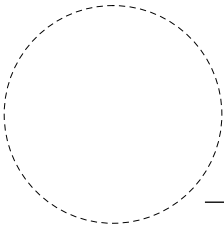
_____年 月 日

申請者の (_____ 方)

フリガナ

労働局長 殿

⑳氏名 _____



※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎折り曲げる場合には(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

