

## 義肢等補装具 購入 費用支給申請書

帳票種別	①管轄局
※ 37500	□□

## 標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	"
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。	
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	一
		カ	ハ								。

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。  
(例) 力ハハ。

※印の欄は記入しないでください。  
(職員が記入します。)

②	府 県 所掌 管轄 基幹番号	枝番号	③	管轄局 種別 西暦年 番号			
労働保 険番号	□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□	年 金 書 番 号	□□□□□□□□□□□□			
④ 生年月 元号	年	月	日	⑤ 傷 負 元号	年	月	日
3 大正 5 昭和 7 平成	□□□□□	□□□□□	□□□□□	5 昭和 7 平成	□□□□□	□□□□□	□□□□□
1~9年は右↑ 1~9月は右↑ 1~9月は右↑ 1~9日は右↑							
※ ⑥ 受付年月日 元号 年 月 日							
7 平成	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□	□□□□□
⑦ シメイ (カタカナ) :姓と名の間は1字あけて記入してください	□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□
(ウ) 障害等級 第 級第 号	(エ) 治ゆ年月日			(ア) 障害補償一時金又は障害一時金の受領年月日			
(オ) 傷病名				年 月 日			
(カ) 障害の部位							
修理または交換箇所							
⑧ 支給種目 下記より申請を行う種目 一つだけ選び番号を記入してください。				□□□□	購入の場合は「1」 修理の場合は「3」 を記入してください。	⑨ 購修別	新規の場合は「1」 継続の場合は「3」 鉛納・容量少更の場合は「5」 を記入してください。
⑩ 新継別				□	□	□	□
0 1 1 0 義肢 (筋電動義手を除く) 0 1 2 0 筋電動義手 0 2 1 0 上肢装具 0 2 2 0 下肢装具 0 3 0 0 体幹装具 0 4 0 0 座位保持装置 0 5 0 0 盲人安全つえ 0 6 0 0 義眼 0 7 1 0 矯正用眼鏡 0 7 2 0 コンタクトレンズ 0 7 3 0 弱視用眼鏡 0 8 0 0 点字器 0 9 0 0 補聴器 1 0 0 0 人工喉頭 1 1 0 0 車椅子 1 2 0 0 電動車椅子 1 3 0 0 歩行車 1 4 1 0 男性用収尿器 1 4 2 0 女性用収尿器 1 4 3 0 人工膀胱用収尿器 1 5 0 0 ストマ用装具 1 6 0 0 歩行補助つえ 1 7 0 0 かつら 1 8 0 0 流腸器付排便剤 1 9 0 0 床ずれ防止用敷ふとん 2 0 0 0 介助用リフター 2 1 0 0 フローテーションパッド 2 2 0 0 ギャッチベッド 2 3 0 0 重度障害者用意思伝達装置							

⑪ 義肢等補装具の名称	⑫ 左右の別	⑬ 数量	⑭ き損年月日	前回受給年月日
□ 1左 3右 5両方	□□□	7 平成	□□□□□	年 月 日
1~9年は右↑ 1~9月は右↑ 1~9月は右↑ 1~9日は右↑				

希望補 装具業者	名称 郵便番号 住所	電話番号 ( )
指導希望 機探型	名称	

(注意)	
1. 前回受給年月日については、義肢等補装具を受給した年月日を記入してください。 2. 業務上の事由又は通勤により義肢等をき損したため申請する場合は、上記(ア)から(カ)までの事項は記入しないで裏面の「義肢等き損現認証明欄」に事業主の証明を受けてください。 3. 筋電動義手の購入費用の支給申請をする場合(片側上肢切断者で就労中(休職中を含む。)又は就労予定を要件とする者に限る。)は「就労状況等に関する申立書」(様式第1号(2))を添付してください。 4. 介助用リフターの支給申請をする場合は、「介護人等の状況報告書」(様式第1号(3))を添付してください。 5. 複数の補装具を申請する場合は、別途申請書を提出してください。	

上記により義肢等補装具費の支給を申請します。

年 月 日

申請者の  
労働局長 殿

⑮ 郵便番号  
□□□□-□□□□□

電話 ( )

住所 ( )

氏名 印

局番

折り曲げる場合には、▲の所を谷に折りさりに2つ折りにしてください。

## 義肢等のき損状況等に関する証明

①義肢等き損年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

②職種 \_\_\_\_\_

③き損義肢等の種目 \_\_\_\_\_

④き損部位 \_\_\_\_\_

⑤き損の原因及び発生原因 \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

上記の通り証明します。

(   )

事業主住所 \_\_\_\_\_

事業主氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(記名押印又は署名)

### 記 事 欄

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## 就労状況等に関する申立書

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(印)

(記名押印又は署名)

私の就労状況等については、次のとおりです。  
(以下の1~3のいずれか該当する番号を○で囲んでください。)

1 在職中(休職中を含みます。)です。  
在職証明書等の写しを添付するか、次の事業場記載欄に事業主の証明を  
受けてください。

### 【事業場記載欄】

申請者について、在職していることを証明します。

平成 年 月 日

事業の名称

事業場の所在地

事業主の氏名

(印)

(記名押印又は署名)

2 就職の内定をもらっています。(勤務開始時期: 年 月頃)  
内定通知書等の写しを添付するか、次の事業場記載欄に事業主の証明を  
受けてください。

### 【事業場記載欄】

申請者について、就職を内定し、 月 日から採用予定としている  
ことを証明します。

平成 年 月 日

事業の名称

事業場の所在地

事業主の氏名

(印)

(記名押印又は署名)

3 求職活動中です。  
求職活動中であることが確認できる書類(「ハローワークカードの写し」、「職業訓練の受講証明書の写し」等)を添付するか、以下の項目について記載してください。

○ 主な求職活動の状況

.....

.....

## 介護人等の状況報告書

### 1 介護人の状況について

(1) 氏名

---

(2) 性別 男 女

---

(3) 年齢

---

(4) 申請者との続柄

---

(注) (2)は該当するものを○で囲んでください。

### 2 家屋構造について

家屋の間取図（平面図）

(注) 1 各部屋の広さ、廊下の幅及び段差（部屋と部屋、部屋と廊下等）の数値を記入してください。

2 床面の種類（畳、畳の上にじゅうたんなどを敷いたもの、板、コンクリート、板又はコンクリートの上にじゅうたんなどを敷いたもの、その他）を具体的に書いてください。

## 義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書

照会先

殿

労働局労災補償課

電話番号

あなたが申請された義肢等補装具の購入・修理費用申請について下記のとおり承認しましたので、この承認決定通知書を下記（病院又は診療所、義肢等補装具販売・修理業者）に提示して、義肢等補装具の購入・修理を行ってください。

労働局長 

種目			
承認番号			
義肢等補装具の採型指導を行なう病院、診療所の名	名称		
所在地			
義肢等補装具の購入・修理の発注を行う業者の名	名称		
所在地			
購入・修理の発注を行う義肢等補装具の名	名称		
数量			
左右の別			
支給上限額			
番号			

## (注意)

- 1 義肢・装具・車椅子等の製作については、義肢採型指導医が採型等を行った後に製作業者がこれを製作するとともに、義肢・装具・車椅子等が製作されたときには、当該医師がこれを検査することになっています。
- 2 費用の支給対象となるのは、労災保険の義肢等補装具費支給要綱で定められた範囲となりますので、製作業者に発注する際に十分確認してください。ご不明な点があれば、必ず発注前に照会先に連絡をお願いします。
- 3 製作業者から義肢等補装具を受領したときは、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」（様式第8号(1)）の「受領年月日欄」に受領した日付を記入してください。
- 4 義肢等補装具の購入費用又は修理費用を請求するときには、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」（様式第8号(1)）に、この承認決定通知書の写しを必ず添付してください。

なお、購入・修理した義肢等補装具の種目、型式、個数等を、後日、個別訪問又は製作業者に対する照会等により確認させていただく場合があります。

この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、照会先まで照会してください。

この決定に不服がある場合は、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることができません。

この決定に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この決定に対する取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経る前又はその審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、裁決があつた日から1年を経過した場合は、提起することができません。

## 義肢等補装具購入・修理費用支給不承認決定通知書

照会先

殿

労働局労災補償課

電話番号

あなたが申請された義肢等補装具の購入・修理費用支給申請については、下記のとおり不承認と決定しましたので通知します。

労働局長 

不承認となった理由は下記の通りです。

1 申請事項	支給種目	
	名称	
	数量	
	左右の別	
2 不承認の理由		
番号		

この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、照会先まで照会してください。

この決定に不服がある場合は、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることができません。

この決定に対する取消訴訟は、国を被告として(訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。)、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この決定に対する取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経る前又はその審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、裁決があつた日から1年を経過した場合は、提起することができません。

労働者災害補償保険

両上肢切断者に係る装着訓練及び適合判定の実施依頼書

病院長 殿

当局管内の申請者から筋電電動義手の購入費用の支給申請があり、装着訓練の実施を承認しましたので、当該申請者に対する装着訓練及び適合判定の実施につきまして下記によりお取り扱いくださいと存するようお願いします。

記

- 筋電電動義手の装着訓練を行ってください。
- 筋電電動義手の適合判定を行い、様式第12号(1)（同封様式）により適合判定結果等を当局宛に提出してください。  
また、申請者が筋電電動義手の装着を希望しないことを申し出た場合は、様式第13号（同封様式）により当局宛に報告してください。
- 「装着訓練料」、「適合判定料」、「練習用仮義手のソケット等の費用」及び「練習用仮義手の処方等の費用」については、外科後処置実施要綱の様式第4号(1)及び様式第4号(2)（同封様式）により当局宛に請求してください。

平成 年 月 日

労働局長印

装着訓練に係る承認年月日及び承認番号等

承認年月日及び承認番号	平成 年 月 日 第 号
申請者	住 所 (〒 )
	氏 名
義 手 の 種 目	

労働者災害補償保険

片側上肢切断者に係る装着訓練等及び適合判定の実施依頼書

病院長 殿

当局管内の申請者から筋電電動義手の購入費用の支給申請があり、装着訓練及び試用装着期間中の指導等の実施を承認しましたので、当該申請者に係る装着訓練、試用装着期間中の指導等及び適合判定の実施につきまして、下記によりお取り扱いくださいるようお願いします。

記

- 筋電電動義手の装着訓練及び試用装着期間中の指導等を行ってください。
- 筋電電動義手の適合判定を行い、様式第12号(2)（同封様式）により適合判定結果等を当局宛に提出してください。  
また、申請者が筋電電動義手の装着を希望しないことを申し出た場合は、様式第13号（同封様式）により当局宛に報告してください。
- 「装着訓練料」、「試用装着期間中の指導等に要する費用」、「適合判定料」、「練習用仮義手のソケット等の費用」及び「練習用仮義手の処方等の費用」については、外科後処置実施要綱の様式第4号(1)及び様式第4号(2)（同封様式）により当局宛に請求してください。

平成 年 月 日

労働局長印

装着訓練及び試用装着期間中の指導等に係る承認年月日及び承認番号等

承認年月日及び承認番号	平成 年 月 日 第 号
申請者	住 所 (〒 )
	氏 名
義 手 の 種 目	

様式第4号

(削除)

労働者災害補償保険

採型指導依頼書

病院長 殿

当局管内申請者より義肢・装具に係る購入・修理費用の支給申請があり、下記のとおり承認しましたので、当該申請者が貴院に承認書を提示したときは、次によりお取扱いくださいようお願いします。

- 1 義肢・装具の採型を行ってください。
- 2 業者が製作を終えたときは、義肢・装具の適合について判定の上、同封様式により業者に証明書を渡してください。
- 3 採型指導料（ ）については、同封様式により当局宛に請求してください。

年 月 日

労働局長 印

記

承認年月日及び番号	記	第号
申請者	住 所	(〒 )
	氏 名	
義肢・装具	種 目	
	個 数	

労 働 者 災 害 補 償 保 険  
義 肢 採 型 指 導 委 託 申 請 書

名 称	
所 在 地	
診 療 科 名	
病 院 長 名	
担 当 医 師 名	

上記医療機関を労働者災害補償保険法第29条第1項の規定に基づく義肢等補装具費支給要綱による義肢採型指導を行う医療機関として指定されたく関係書類を添付の上申請します。

平成 年 月 日

医療機関の開設者（その委任を受けた者）  
の住所及び職氏名

印

労 働 局 長 殿

労働者災害補償保険

証明書

承認番号		
申請者の 氏名	住所	(〒 )
	種目	
義肢・装具の 製作年月日	個数	
	製作年月日	
	所在地	(〒 )
製作業者の 名称		
	電話番号	

当院の採型指導により製作された上記義肢・装具は、本人に最も適合していることを証明します。

平成 年 月 日

(〒 )

住所

採型指導医 \_\_\_\_\_

氏名

印

(記名押印又は署名)

労働者災害補償保険 第 回  
義肢等補装具 購入 修理 費用請求書標準  
字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	"
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。	
4	9	オ	コ	ソ	フ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	-

○濁点、半濁点  
は一文字として  
書いてください。  
(例)

力 "ハ"。

※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。

帳票種別  
37530

※①管轄局 ※②委任・未支給

3 未支給  
7 義肢等補装具業者委任  
8 未支給の義肢等補装具業者委任

※③受付年月日

元号 年 月 日

7 平成

※④支給種目

種目 枝番

※⑤金融機関コード

金融機関 店舗

義肢等補装具  
購入修理  
費用内訳書  
(殻構造義肢用)

① 殻構造義肢の 名称・型式等	ア. 名称					
	イ. 型式					
	ウ. 採型区分					
② 價格内訳	使用材料・部品、 型式等の種別	製品名	数量	単価 円	金額 円	備考
エ. 基本価格						
オ. ソケット						
カ. ソフトインサート						
キ. 支持部						
ク. 義手用ハーネス及 び義足懸垂用部品						
ケ. 外装						
コ. 完成用部品						
③ 合計金額		¥				

注) 1 この内訳書は、殻構造義肢の購入又は修理に要した費用の請求の場合に、様式第8号(1)に添付すること。  
 2 使用材料・部品、型式等の種別は、別表2の(1)又は別表3の(1)により記入すること。  
 3 製品名は、コ.完成用部品についてのみ、別表2-2の1により記入すること。  
 4 備考欄には、加算又は減額がある場合にその旨と加減額を記入し、金額欄には加減額を含めた金額を記入すること。

## 義肢等補装具

購入  
修理

## 費用内訳書

(骨格構造義肢用)

① 骨格構造義肢の 名称・型式等	ア. 名 称					
	イ. 型 式					
	ウ. 採型区分					
② 価 格 内 訳	使用材料・部品、 型式等の種別	製 品 名	数 量	単 価 円	金 額 円	備 考
エ. 基 本 価 格						
オ. ソ ケ ッ ト						
カ. ソ フ ト イ ン サ ー ト						
キ. 支 持 部						
ク. 義 手 用 ハ ー ネ ス 及 び 義 足 懸 垂 用 部 品						
ケ. 外 装						
コ. 完 成 用 部 品						
③ 合 計 金 額		¥				

注) 1 この内訳書は、骨格構造義肢の購入又は修理に要した費用の請求の場合に、様式第8号(1)に添付すること。

2 使用材料・部品、型式等の種別は、別表2の(2)又は別表3の(2)により記入すること。

3 製品名は、コ.完成用部品についてのみ、別表2-2の2により記入すること。

4 備考欄には、加算又は減額がある場合にその旨と加減額を記入し、金額欄には加減額を含めた金額を記入すること。

様式第8号(4)

義肢等補装具  
購入  
修理  
費用内訳書  
(装  
具  
用)

① 装具の区分、名称等	ア. 名 称					
	イ. 型 式					
	ウ. 採型区分	採型・採寸				
② 價 格 内 訳	使用材料・部品、 型式等の種別	製 品 名	数 量	単 價 円	金 額 円	備 考
エ. 基 本 價 格						
オ. 繙 手						
カ. 支 持 部						
キ. そ の 他 加 算 要 素						
ク. 完 成 用 部 品						
③ 合 計 金 額	¥					

注) 1 この内訳書は、装具の購入又は修理に要した費用の請求の場合に、様式第8号(1)に添付すること。  
 2 名称、種類等の種別は、別表2の(3)又は別表3の(3)により記入すること。  
 3 製品名は、ク.完成用部品についてのみ、別表2-2の3により記入すること。  
 4 備考欄には、加算又は減額がある場合にその旨と加減額を記入し、金額欄には加減額を含めた金額を記入すること。

## 義肢採型指導料請求書

標準 字体	05	アカサタナハマヤラワ
	16	イキシチニヒミリ
	27	ウクスツヌフムユル
	38	エケセテネヘメレ。
	49	オコソトノホヨロー

○濁点、半濁点  
は一文字とし  
て書いてくだ  
さい。  
(例)

力“八”。

※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

帳票種別  
37570

※①管轄局	※②受付年月日	※③金融機関コード
<input type="text"/> <input type="text"/>	元 月 年 月 日 7 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	金融機関店舗 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

指定医療機関 支払先情報	金融機関名 店舗名 (⑨)口座名義人	⑦預金の種類 □	⑧口座番号 □
	⑩金融機関コード □		

義 肢 探 型 指 導	点数	金額				摘要
			千		円	

申 邮便受取

〒郵便番号  
請住所  
者氏名

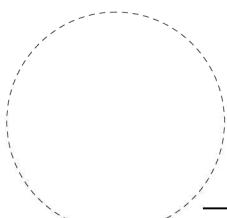
義肢 ・ 装具	種目	_____	⑯採型指導年月日
	個数	_____	元号 年 月 日

製作業者	郵便番号	電話番号
	住所	
	名称	

※⑯その他番号 \_\_\_\_\_

上記により義肢採型指導料を請求します。

郵便番号



年 月 日

### 請求人の

送劉司長 題

住所

名称·氏名

印

## 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	〃	一
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
ネ	ノハ	ヒフ	ヘホ	マミ	ムメ	モヤ	ユヨ	ラリ	ルレ	ロワ	ン	ノ	ハ	ヒ	フ

帳票種別  
37600

※①管轄局

※②未支給

3未支給

※③受付年月日

元号 年 月 日

7 平成

## 樣式第10号(1) (裏面)

照会先  
様

労働局労災補償課  
電話番号

## 義肢等補装具旅費

## 決定のお知らせ

この文書は、義肢等補装具旅費の 決定のお知らせです。  
支給決定した方への支払日のお知らせは、別途の通知となります。

労働局長 (印)

請求人			
承認番号			
概算・精算の別			
旅行期間		旅行回数	回
旅行事由			
承認額			
一部承認又は不承認 決定の理由			
番号			

この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、照会先までご連絡ください。

この決定に不服がある場合は、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求することができます。ただし、決定があつた日から1年を経過した場合は、審査請求をすることができません。

この決定に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この決定があつたことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、決定があつた日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この決定に対する取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経る前又はその審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、裁決があつた日から1年を経過した場合は、提起することができません。

照会先  
様

労働局労災補償課  
電話番号

## 義肢等補装具旅費の変更決定のお知らせ

先に行いました義肢等補装具旅費の決定については、以下の理由により、取り消し、新たに変更決定したのでお知らせします。

### 追給の場合

○追給額は支払振込通知書によりお支払いいたします。

### 回収の場合

○過払額は納入告知書により告知書記載の指定銀行に払い込んでください。

労働局長 (印)

請求人			
承認番号			
概算・精算の別			
旅行期間		旅行回数	回
旅行事由			
当初支払年月日			
当初支給決定額(取消額)			
今回決定額			
(追給又は回収)額			
変更決定理由			
番号			

この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、照会先までご連絡ください。

この決定に不服がある場合は、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることができません。

この決定に対する取消訴訟は、国を被告として(訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。)、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この決定に対する取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経る前又はその審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、裁決があつた日から1年を経過した場合は、提起することができません。

様式第11号（表面）

労働者災害補償保険

## 義肢等補装具旅費精算申請書

労働局長 殿

義肢等補装具旅費の精算をしたいので、下記のとおり申請します。

平成 年 月 日

（〒 ）

住 所

申請者の電話番号 ( ) -

氏 名 印 (記名押印又は署名)

1 承認書番号 No.

2 旅 費 円 (内訳を裏面に記入してください。)

事実証明	上記申請者が、当医療機関（施設）において、平成 年 月 日より平成 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。		
	平成 年 月 日		
	住 所		
	電話番号 ( ) - 医療機関又は施設名 氏 名 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">印</span> (記名押印又は署名)		
振り込みを希望する金融機関の名称	銀行・金庫	本店・本所	預金の種類
	農協・漁協	出張所	口座番号
	信組	支店・支所	口座名義人

樣式第 11 號 (裏面)

○ ○ 労 働 局 長 殿

病 院  
診療所医師

## 両上肢切断者に係る筋電電動義手の適合判定結果報告書

下記申請者について、適合判定結果を下記のとおり報告します。

申請者の氏名・年齢  ( )	申請者の住所
----------------------	--------

適合判定結果

1 筋電電動義手を装着する上肢について

① 手先装置の開閉操作に必要な強さの筋電信号の検出の有無  
有・無

② 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無  
有・無

③ 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力の有無  
有・無

④ ソケットを装着することができる断端の有無  
有・無

⑤ 筋電電動義手を使用できる肩及び肘の関節可動域の有無  
有・無

2 筋電電動義手の使用の可否について  
可・否

判断理由  
否とした場合は、その理由を記載してください。また、可とした場合は、装着訓練の経過、操作の習熟度、A D L評価及び今後の使用の見込みの有無等について、分かる範囲で記載してください。

平成 年 月 日

○ ○ 労 働 局 長 殿

病 院  
診療所

医師

片側上肢切断者に係る筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定結果報告書

下記申請者について、装着訓練及び試用装着期間の状況並びに適合判定の結果を下記のとおり報告します。

申請者の氏名・年齢  ( )	申請者の住所
<p>1 装着訓練等の状況</p> <p>(1) 装着訓練の状況</p> <p>① 筋電電動義手のみの装着訓練を行った場合</p> <p>装着訓練期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日 訓練実日数： 日 訓練の修了状況 了・未</p> <p>② 筋電電動義手と能動式義手の装着訓練を併せて行った場合</p> <p>ア 筋電電動義手の装着訓練</p> <p>装着訓練期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日 訓練実日数： 日 訓練の修了状況 了・未</p> <p>イ 能動式義手の装着訓練</p> <p>装着訓練期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日 訓練実日数： 日 訓練の修了状況 了・未</p> <p>(2) 試用装着期間の状況</p> <p>試用装着期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日 通院実日数： 日</p> <p>2 適合判定結果</p> <p>(1) 筋電電動義手を装着する上肢について</p> <p>① 手先装置の開閉操作に必要な強さの筋電信号の検出の有無 有・無</p> <p>② 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無 有・無</p>	

(裏面に続く)

様式第 12 号 (2) (裏面)

- ③ 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力の有無  
有 · 無
- ④ ソケットを装着することができる断端の有無  
有 · 無
- ⑤ 筋電電動義手を使用できる肩及び肘の関節可動域の有無  
有 · 無

(2) 筋電電動義手の使用について

- ① 筋電電動義手の使用の可否について  
可 · 否

(3) 筋電電動義手の継続使用について

- ① 筋電電動義手を継続して使用する見込みについて  
有 · 無

上記 (2) 及び (3) の判断理由

(2) 又は (3) で否又は無とした場合は、その理由を記載してください。また、可及び有とした場合は、装着訓練及び試用装着期間における経過、操作の習熟度、A D L 評価等について、分かる範囲で記載してください。

様式第 13 号

平成 年 月 日

○ ○ 労 働 局 長 殿

病 院  
診療所

医師

## 装 着 訓 練 中 止 報 告 書

下記申請者の装着訓練を中止したことについて、下記のとおり報告します。

申請者の氏名・年齢 ( )	申請者の住所
報 告 事 項	

様式第14号

平成 年 月 日

○○労働局長殿

労働者災害補償保険  
筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定実施  
医療機関に係る届出書

下記医療機関を義肢等補装具費支給制度における筋電電動義手の装着訓練及び試用装着期間における指導等並びに適合判定を実施する医療機関として届出します。

医療機関	名称	
	所在地	
	郵便番号	—
	電話番号	— —
	添付資料	別紙のとおり

住 所 \_\_\_\_\_  
開 設 者 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
(記名押印又は署名)

様式第 15 号

平成 年 月 日

○ ○ 労 働 局 長 殿

労働者災害補償保険  
筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定実施  
医療機関に係る変更届出書

下記医療機関について、平成 年 月 日付け「筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定実施医療機関に係る届出書」の内容を変更したので届出します。

医 療 機 関	<input type="checkbox"/> 名 称	
	<input type="checkbox"/> 所在地	
	<input type="checkbox"/> 郵便番号	—
	<input type="checkbox"/> 電話番号	— —
	<input type="checkbox"/> 添付資料	別紙のとおり

※ 変更する事項の  に、「レ」を記入する。

住 所 \_\_\_\_\_  
開 設 者  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
(記名押印又は署名)

様式第 16 号

年 月 日

---

殿

労 働 局 長

症 状 照 会 書

下記申請者より、以下の義肢等補装具について購入費用の支給申請がありましたので、申請者の症状について、別添「症状照会に対する回答書」にて回答をお願いします。

種 目

---

記

氏 名

---

住 所

---

生年月日

---

性 別

---

様式第 17 号

年 月 日

殿

労 働 局 長

検 査 診 断 依 頼 書

義肢等補装具の購入費用の支給承認に当たって必要がありますので、下記により検査診断を受けるようお願いします。

記

1 検査診断を受ける医療機関

名 称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

2 受診日

\_\_\_\_\_

3 問い合わせ先

担当

電話

様式第 18 号(1)

平成 年 月 日

労 働 局 長 殿

医師



## 症 状 照 会 に 対 す る 回 答 書

以下の申請者について、義肢等補装具の購入費用の支給に係る症状を下記のとおり判断したので回答します。

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

性 別 \_\_\_\_\_

種 目 \_\_\_\_\_

記

症 状 の 状 態				
<p>○ コンタクトレンズについて</p> <p>1 装用の可否</p> <p>    装用可・装用不可</p> <p>2 上記 1 の判断理由 (具体的に記入してください。)</p>				
右	BC	Pwr	Size	Cyl. p Axs
左				
申請受付番号				

様式第 18 号(2)

平成 年 月 日

労 働 局 長 殿

医師



## 症 状 照 会 に 対 す る 回 答 書

以下の申請者について、義肢等補装具の購入費用の支給に係る症状を下記のとおり判断したので回答します。

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

性 別 \_\_\_\_\_

種 目 \_\_\_\_\_

記

症 状 の 状 態	
<input type="radio"/> ○ ストマ用装具について	
1 着用の可否	着用可・着用不可
2 必要性の有無	必要あり・必要なし
3 上記 1 の判断理由 (具体的に記入してください。)	
4 上記 2 で必要ありの場合、ストマ用装具の処方内容について	
申請受付番号	

様式第 18 号(3)

平成 年 月 日

労 働 局 長 殿

医師



## 症 状 照 会 に 対 す る 回 答 書

以下の申請者について、義肢等補装具の購入費用の支給に係る症状を下記のとおり判断したので回答します。

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

性 別 \_\_\_\_\_

種 目 \_\_\_\_\_

記

症 状 の 状 態	
<p>○ 洗腸器付排便剤について</p> <p>1 必要性の有無 必要あり・必要なし</p> <p>2 上記 1 の判断理由 (具体的に記入してください。)</p>	
<p>3 上記 1 で必要ありの場合、グリセリン浣腸の処方内容について</p>	
申請受付番号	

平成 年 月 日

労 働 局 長 殿

医師



## 症 状 照 会 に 対 す る 回 答 書

以下の申請者について、義肢等補装具の購入費用の支給に係る症状を下記のとおり判断したので回答します。

氏 名

住 所

生年月日

性 別

種 目

記

### 症 状 の 状 態

- 1 重度障害者用意思伝達装置によらなければ、意思の伝達が困難であるか。  
困難である・困難でない
- 2 上記 1 で困難である場合、重度障害者用意思伝達装置が必要であるか。  
必要あり・必要ななし
- 3 上記 2 の判断理由（具体的に記入してください。）

(次のページに続く)

申請受付番号

4 上記 2 で必要ありの場合

(1) 呼び鈴装置が必要であるか。

必要あり・必要なし

(2) 入力装置について、以下のものから選択するものに○を付けてください。

A : 接点式入力装置 B : 帯電式入力装置

C : 筋電式入力装置 D : 光電式入力装置

E : 呼気式（吸気式）入力装置

F : 圧電素子式入力装置

G : 画像処理による眼球注視点検出式入力装置

(3) 上記（2）の入力装置を選択した理由

（申請者の障害の状態等を具体的に記載してください。）

## 症狀回答料請求書

標準 字体	0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
	1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	ン
	2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	ル
	3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。	。
	4	9	オ	コ	ソ	フ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	。

○濁点、半濁点  
は一文字とし  
て書いてくだ  
さい。  
(例)

※印の欄は記入しないでください。  
(職員が記入します。)

（）の所を名は振りきらはる振りはしてくたさい

上記により症状回答料を請求します。

⑯郵便番号

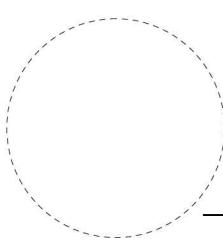
年 月 日

### ⑯住所

## 請求人の

学衡月刊

印



様式第 20 号

年 月 日

殿

労 働 局 長

意 見 照 会 書

下記申請者より、義肢等補装具費支給要綱に基づく旅費の支給申請がありました。申請者の症状等を踏まえ、旅行の必要性を適正に判断する必要がありますので、別添「意見照会に対する回答書」にて回答をお願いします。

なお、意見書料（ ￥ ）については、同封様式により当局あてに請求願います。

記

1 照会事項

2 申請者

氏 名

住 所

生年月日

性 別

添付書類

様式第 21 号

平成 年 月 日

労 働 局 長 殿

医師

印

## 意 見 照 会 に 対 す る 回 答 書

今般、依頼のあったことについて、下記のとおり回答します。

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

性 別 \_\_\_\_\_

記

### 状 態

○ 照会事項について

1 旅行の必要性の有無

必要あり・必要なし

2 1 の判断理由（具体的に記入してください。）

3 その他

旅費申請受付番号

## 意見書回答料請求書

標準	0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
字体	1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
	2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	リ
	3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。	。
	4	9	オ	コ	ソ	フ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	。

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。  
(例)

カ「ハ」。

帳票種別

3	7	6	4	0
---	---	---	---	---

※①管轄局	※②受付年月日	※③支払先コード	※④金融機関コード
元号	年	月	日
□□	7 平成	□□□□□	□□□□□
		1 指定医療機関 3 非指定医療機関 5 補装具業者	金融機関 店舗

⑤旅費申請受付番号

⑥請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。  
万 千 百 + 円

⑦指定医療機関番号

指定医療機関 支払先情報	金融機関名	⑧預金の種類	⑨口座番号
	店舗名	□	□□□□□
	⑩口座名義人	□□□□□	⑪金融機関コード

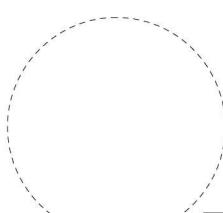
支払先情報	以下に挙げる条件に該当する場合は、記入してください。		
	(1) 指定医療機関であり、指定医療機関支払先情報と異なる口座への振込を希望する場合		
	(2) 指定医療機関以外の場合		
	金融機関名	店舗名	口座名義人
	銀行・金庫 農協・漁協 信組	本店・本所 出張所 支店・支所	
	⑫預金の種類	⑬口座番号	
	1 普通 3 当座	□□□□□	
	⑭口座名義人 (カタカナ)	:姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	
		10	20
	⑮口座名義人つづき (カタカナ)	:姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。	
	30	40	

申請者	郵便番号			
	住所			
	氏名			

旅行事由				⑯意見書回答年月日
	7 平成	元号	年	月

※⑰その他番号					
---------	--	--	--	--	--

上記により意見書回答料を請求します。



年 月 日

請求人の

労働局長 殿

⑯郵便番号

□□□ - □□□□□

⑰住所

⑲名称・氏名

印

※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。