

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	ン

帳票種別
37600

※①管轄局 ※②未支給 ※⑫金融機関コード

3 未支給

※③受付年月日 ※⑬郵便局コード

9 令和

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

(旅費の内訳を裏面に記入してください。)

⑥承認番号

(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 店舗名 口座名義人

銀行・金庫 本店・本所 銀行・金庫
農協・漁協 出張所 農協・漁協
信組 支店・支所 信組

⑦預金の種類 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。

1 普通 1 | 記号 番号 番号 (右ツメ)

3 当座 0 |

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 ⑮旅行期間末日 ⑯旅行回数

元号 年 月 日 元号 年 月 日 回

7 平成 7 平成 回
9 令和 9 令和

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

(概算払いを受ける場合は、記入不要です。)

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 印 (記名押印または署名)

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。

年 月 日

申請者の ⑱住所 (方)

フリガナ ⑲氏名 印

労働局長 殿 (記名押印または署名)

※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。

