

義肢等補装具 購入修理 費用支給申請書

Table with 4 rows and 7 columns of Japanese characters for standard font reference.

○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

① 管轄局

Input fields for account type (37500) and jurisdiction (00).

② 労働保険番号 (府県所掌管轄基幹番号枝番号) ③ 管轄局種別西暦年番号

④ 生年月日 (1明治3大昭和5平成7令和) ⑤ 負傷又は発病年月日 (5昭和7平成9令和) ※⑥ 受付年月日 (9令和)

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 (ア) 障害補償一時金又は障害一時金の受領年月日

(ウ) 障害等級 第 級 第 号 (エ) 治ゆ年月日 (イ) 障害(補償)年金又は傷病(補償)年金の支給決定年月日

(オ) 傷病名 (カ) 障害の部位

修理または交換箇所

⑧ 支給種目 (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」銘柄・容量変更の場合は「5」を記入してください ⑩ 新継別

Table listing various prosthetic and assistive devices with their corresponding codes (e.g., 0110 義肢(筋電動義手を除く), 0210 上肢装具).

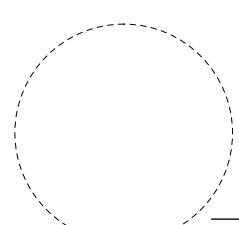
⑪ 義肢等補装具の名称 ⑫ 左右の別 ⑬ 数量 ⑭ き損年月日 (7平成9令和) 前回受給年月日

希望補装具業者 名称 電話番号 郵便番号 住所

指導機関 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

Input field for postal code.

電話

局番

住所

(方)

氏名

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

折り曲げる場合は、この所を谷折りしてください。

