

※ 帳票種別

37500

① 管轄局

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

年金証番号

④ 生年月日
1 明治
3 大正
5 昭和
7 平成
9 令和
元号 年 月 日
1〜9年は右へ1〜9月は右へ1〜9日は右へ

⑤ 負傷又は発病年月日
5 昭和
7 平成
9 令和
元号 年 月 日
1〜9年は右へ1〜9月は右へ1〜9日は右へ

※ ⑥ 受付年月日
9 令和 年 月 日

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
障害等級 第 級 第 号 (工) 治ゆ年月日 年 月 日

(ア) 障害 (補償) 等一時金の受領年月日 年 月 日
(イ) 障害 (補償) 等年金又は傷病 (補償) 等年金の支給決定年月日 年 月 日

(オ) 傷病名 (カ) 障害の部位

修理又は交換箇所

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。

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」
銘所・容量変更の場合は「5」
を記入してください。

⑩ 新継続別

0 1 1 0 義肢 (筋電電動義手を除く) 0 1 2 0 筋電電動義手 0 2 1 0 上肢装具 0 2 2 0 下肢装具及び靴型装具
0 3 0 0 体幹装具 0 4 0 0 姿勢保持装置 0 5 0 0 視覚障害者安全つえ 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 歩行器 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 洗腸器付排便剤
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 2 4 0 0 人工内耳

⑪ 義肢等補装具の名称

⑫ 左右の別 ⑬ 数量 ⑭ き損年月日 年 月 日 前回受給年月日 年 月 日
1 左 3 右 5 両方 7 平成 9 令和 元号 年 月 日 1〜9年は右へ1〜9月は右へ1〜9日は右へ

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等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「義肢のき損状況等に関する証明」に事業主の証明を受けてください。
3. 筋電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。

※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。

上記により義肢等補装具費の支給を申請します。

⑮ 郵便番号

電話

局番

年 月 日

住所 (方)

氏名

申請者の

労働局長 殿

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

上記のとおり証明します。
(〳)

事業主住所

事業主氏名

記 事 欄