

義肢等補装具旅費支給申請書

帳票種別

37600

※①管轄局

3 未支給

※②未支給

※③受付年月日

9 令和

※④金融機関コード

※⑤郵便局コード

④概算・精算の別

⑤請求金額

⑥承認番号

金融機関名

店舗名

口座名義人

⑦預金の種類

⑧口座番号

⑨預金通帳の記号番号

⑩口座名義人(カタカナ)

⑪口座名義人つづき(カタカナ)

⑭旅行期間初日

⑮旅行期間末日

⑯旅行回数

⑰旅行事由

1 義肢、装具、姿勢保持装置、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

6 人工内耳用音声信号処理装置の修理

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、姿勢保持装置、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

6. 人工内耳用音声信号処理装置の修理（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

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

⑲住所

フリガナ

⑳氏名

労働局長 殿

※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。

様式第10号(1) (裏面)

[illegible]