

義肢等補装具費支給制度 のご案内

仕事中や通勤途中で、ケガや病気になり、そのために体の一部を失ったり、障害が残った方に対して、労災保険で社会生活への復帰を支援する制度（社会復帰促進等事業）があります。

この制度を活用すると、義肢等補装具の購入・修理費用、義肢・補装具の採型、装着訓練のために医療機関へ行くための交通費が支給されます。

このパンフレットでは、支給対象となる義肢等補装具の種類（支給種目）や支給基準、必要な手続きなどについて紹介します。

目次

（ ページ ）

支給種目	1
支給基準	2
修理基準	13
義肢等補装具の購入・修理費用支給の流れ （筋電電動義手の購入・修理費用を除く）	14
筋電電動義手の購入・修理費用支給の流れ	15
購入・修理の手続き	16
旅費の支給	37
都道府県労働局一覧	41

支給種目

義肢等補装具として購入費用が支給される種目は、以下のとおりです。

○印は、支給のために必要な実施項目です。支給基準は、それぞれのページを参照してください。

支給種目	症状照会	装着訓練等	採型指導	耐用年数※1	ページ
1-1 義肢		○※2	○	0.5～5※3	2
1-2 筋電電動義手		○※4	○	3	2
2 上肢装具・下肢装具			○	1～3	4
3 体幹装具			○	1～3	4
4 座位保持装置			○	3	4
5 視覚障害者安全つえ				2～5	5
6 義眼				2	5
7 眼鏡 (コンタクトレンズを含む)	○ コンタクトレンズのみ			4	5
8 点字器				5又は7	6
9 補聴器				5	6
10 人工喉頭				4又は5	6
11 車椅子			○	6	7
12 電動車椅子			○	6	7
13 歩行車				5	8
14 収尿器				1	8
15 ストマ用装具	○ 新規のみ				9
16 歩行補助つえ				2～4	9
17 かつら					10
18 浣腸器付排便剤	○ 新規または 銘柄・用量変更の場合				10
19 床ずれ防止用敷ふとん					10
20 介助用リフター (移動式に限る。電動式を含む)				5	11
21 フローテーションパッド (車椅子・電動車椅子用)				3又は4	11
22 ギャッチベッド					12
23 重度障害者用意思伝達装置	○ 新規のみ			5	12

※1 耐用年数経過後に再支給を受けられます（耐用年数がない種目であっても破損等により、修理ができないもしくは使用できないような場合、再支給を受けられることがあります。）。

※2 能動義手の装着訓練を希望する場合は17ページの3をご覧ください。

※3 骨格構造義肢には耐用年数はなく、原則、修理による対応となります。

※4 筋電電動義手の装着訓練、片側上肢切断者の筋電電動義手の試用装着期間の指導等については、17ページの4をご覧ください。

1-1 義肢

支給対象者

- (1) 上肢または下肢の全部または一部を亡失したことで、労災保険法による障害補償給付、複数事業労働者障害給付または障害給付（以下「障害（補償）等給付」）の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 上肢または下肢の全部または一部を亡失したことで、次の要件をすべて満たす方
 - ・ 労災リハビリテーション医療指定施設などで療養している方
 - ・ 労災保険法の療養補償給付、複数事業労働者療養給付または療養給付（以下「療養（補償）等給付」）を受けている方
 - ・ 症状固定後に障害（補償）等給付を受けることが明らかである方
- (3) 「11 車椅子」または「12 電動車椅子」（7ページ）の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当し、特に必要と認められる方※
 - ※上記の「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。
 - ・ 義足を使用することによって起立程度が可能となる場合
- (4) 既に装着していた義肢※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものをお持ちの方
 - ※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。（現物で支給されたものを含む。以下同じ）
- (5) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された義肢で、耐用年数（0.5～5年）を超えたものをお持ちの方※
 - ※(4)で支給された義肢は、旧使用の「既に装着していた義肢」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合は、耐用年数を超えても新たな義肢の購入費用の支給は行いません。また、骨格構造義肢には耐用年数はなく、原則、修理による対応となります。

支給の範囲

- 1 障害部位につき2本を支給対象とします。
- 型式（装飾用、能動式、常用、作業用）に関わらず2本です。
- ・ 上記(4)に該当する方は、き損した義肢1本につき1本
 - ・ 上記(5)に該当する方は、耐用年数を超えたもの1本につき1本
骨格構造（モジュラー）義肢は、耐用年数を超えた部品1個につき部品1個
 - ・ 下記1-2の筋電電動義手の購入費用の支給を受ける方は、筋電電動義手を装着する上肢に対する義肢の支給対象本数は1本

能動式義手の装着訓練を希望される場合、外科後処置として受けることができます。
能動式義手の装着訓練は、17ページの3をご覧ください。

1-2 筋電電動義手

支給対象者

1 両上肢切断者

- (1) 両上肢を手関節以上で失ったことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方で、次の要件をすべて満たす方
 - ・ 手先装置の開閉操作に必要な強さの筋電信号を検出できること
 - ・ 筋電電動義手を使用するに足る判断力を有すること
 - ・ 筋電電動義手を使用するための十分な筋力を有すること
 - ・ ソケットの装着が可能である断端を有すること

(2) 1 上肢の全部または一部を失うとともに、他上肢の用が全廃※またはこれに準じた状態になったことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた、または受けると見込まれ、上記(1)の要件をすべて満たす方

※上肢の用が全廃とは、肩関節、ひじ関節と手関節のすべてが強直し、かつ、手指の全部の用を廃したものを言います。手指の用を廃したものと、手指の末節骨の半分以上を失い、または中手指節関節もしくは近位指節間関節（母指にあっては指節間関節）に著しい運動障害を残すものを言います。なお、全廃には、高度の麻痺が認められるものも含まれます。

2 片側上肢切断者

1 上肢の全部または一部を失ったことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれ、以下の要件をすべて満たす方

- 次の①から③のいずれかに該当する方
 - ①就労中（休職中を含む）で、筋電電動義手の装着により就労時の作業の質の向上や作業の種類の拡大等が見込まれる方
 - ②申請時には就労していないが、筋電電動義手装着後に就労が予定されていて（公共職業安定所への求職申込等就職活動中の方を含む）、筋電電動義手を装着することで就労時の作業の質の向上や作業の種類の拡大等が見込まれる方
 - ③非切断肢側の上肢または手指に一定以上の障害があるため、筋電電動義手を使用しなければ社会生活ができないと認められる方
- 筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間に指導等と適合判定を実施する医療機関で、筋電電動義手の装着訓練を修了し、試用装着期間を経過している方
- 上記「1 両上肢切断者」の要件(1)のすべてを満たす方で、筋電電動義手を継続して使用することが可能な方

支給の範囲

1人につき1本を支給対象とします。（筋電電動義手以外の義手は、加えて1本支給が可能です。）筋電電動義手の購入費用の支給は、下記に基づいて判断します。その結果によっては購入費用を支給できない場合があります。

- 両上肢切断者
「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」→様式第12号(1)：31ページ
- 片側上肢切断者
「就労状況等に関する申立書」→様式第1号(2)：24ページ
「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」
→様式第12号(2)：32、33ページ

装着訓練、試用装着期間の指導等、適合判定については、17ページの4をご覧ください。

<医療機関の方へ>

筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間の指導等、適合判定を実施した医療機関は、申請者に対する筋電電動義手の適合判定の終了後、下記の書面を使用し、事業場の所在地を管轄する都道府県労働局長（以下「所轄局長」）に対し報告してください。

- 両上肢切断者
「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」→様式第12号(1)：31ページ
- 片側上肢切断者
「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」
→様式第12号(2)：32、33ページ

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または明らかに支給基準（2～3ページ参照）を満たさないことが判明した場合は、下記の書面を使用し、所轄局長に報告してください。

- 「装着訓練中止報告書」→様式第13号：34ページ

2 上肢装具・下肢装具

支給対象者

- (1) 上肢または下肢の機能に障害を残すことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 下肢装具について、「11 車椅子」または「12 電動車椅子」（7ページ）の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当し、特に必要と認められる方※
※上記の「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。
 - ・下肢装具を使用することによって起立程度が可能となる場合
- (3) 既に装着していた上肢装具または下肢装具※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものをお持ちの方
※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。
- (4) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された上肢装具または下肢装具で、耐用年数（1～3年）を超えたものをお持ちの方※
※(3)で支給された上肢装具または下肢装具は、旧使用の「既に装着していた上肢装具または下肢装具」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えても新たな上肢装具または下肢装具の購入費用の支給は行いません。

支給の範囲

- 1 障害部位につき 2 本を支給対象とします。ただし、以下の場合は例外となります。
- ・ 上記(3)に該当する方は、き損した上肢装具または下肢装具 1 本につき 1 本
 - ・ 上記(4)に該当する方は、耐用年数を超えたもの 1 本につき 1 本

3 体幹装具

支給対象者

- (1) せき柱に荷重障害を残すことで、障害等級第 8 級以上の障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された体幹装具で、耐用年数（1～3年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

- 1 人につき 1 個を支給対象とします。

4 座位保持装置

支給対象者

- (1) 四肢または体幹に著しい障害を残すことで、障害等級第 1 級の障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれ、座位が不可能もしくは著しく困難な状態にあると認められる方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された座位保持装置で、耐用年数（3年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

- 1 人につき 1 台を支給対象とします。

5 視覚障害者安全つえ

支給対象者

- (1) 両眼に視力障害を残すことで、障害等級第4級以上の障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 既に使用していた視覚障害者安全つえ※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、使用不能となったものをお持ちの方
※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。
- (3) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された視覚障害者安全つえで、耐用年数（2～5年）を超えたものをお持ちの方※
※(2)で支給された視覚障害者安全つえは、旧使用の「既に使用していた視覚障害者安全つえ」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えても新たな視覚障害者安全つえの購入費用の支給は行いません。

支給の範囲

1人につき1本を支給対象とします。

6 義眼

支給対象者

- (1) 1眼または両眼を失明したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 既に装嵌していた義眼※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、使用不能となったものをお持ちの方
※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。
- (3) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された義眼で、耐用年数（2年）を超えたものをお持ちの方※
※(2)で支給された義眼は、旧使用の「既に装嵌していた義眼」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えても新たな義眼の購入費用の支給は行いません。

支給の範囲

失明した1眼につき1個を支給対象とします。

7 眼鏡（コンタクトレンズを含む）

支給対象者

- (1) 1眼または両眼に視力障害を残すことで、障害等級第13級以上の障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された眼鏡で、耐用年数（4年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1障害につき1個を支給対象とします。

コンタクトレンズの購入に要する費用の支給は、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断します。症状照会の結果によっては購入費用を支給できない場合があります。症状照会については、16ページの2をご覧ください。

<医療機関の方へ>

症状照会を受けた医療機関は、下記の書面を使用し、所轄局長に結果を回答してください。

- 「症状照会に対する回答書」→様式第18号(1)：35ページ

8 点字器

支給対象者

- (1) 両眼に視力障害を残すことで、障害等級第4級以上の障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された点字器で、耐用年数（5年または7年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1障害につき1台を支給対象とします。

9 補聴器

支給対象者

- (1) 1耳または両耳に聴力障害を残すことで、障害等級第11級以上の障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された補聴器で、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1障害につき1器を支給対象とします。
両耳の障害がある場合でも、1人につき1器です。

10 人工喉頭

支給対象者

- (1) 言語の機能を廃したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された人工喉頭で、耐用年数（4年または5年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1障害につき1個を支給対象とします。

11 車椅子

支給対象者

- (1) 両下肢の用を全廃※または両下肢を亡失したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方で、義足と下肢装具の使用が不可能な方
※下肢の用を全廃とは、股関節、ひざ関節と足関節のすべてが強直したものを言います。なお、全廃には、高度の麻痺が認められるものも含まれます。
- (2) 両下肢の用を全廃または両下肢を亡失したことで、療養（補償）等給付を受けている方※で、義足と下肢装具の使用が不可能なことが明らかに認められる方
※概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の方を除きます。
- (3) 両下肢の用を全廃または両下肢を亡失したことで、労災保険法の傷病補償年金、複数事業労働者傷病年金または傷病年金（以下「傷病（補償）等年金」）の支給決定を受け、当該傷病の療養のために通院している方で、義足と下肢装具の使用が不可能な方
- (4) 片下肢の用を全廃または片下肢を亡失したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方で、上肢の障害により義足と下肢装具の使用が不可能な方
- (5) 既に使用していた車椅子※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものをお持ちの方
※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。
- (6) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された車椅子で、耐用年数（6年）を超えたものをお持ちの方※
※(5)で支給された車椅子は、旧使用の「既に使用していた車椅子」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えても新たな車椅子の購入費用の支給は行いません。
- (7) 「12 電動車椅子」（7ページ）の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する方で、特に必要と認められる方※
※上記の「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。
 - ・自動車で移動する際、電動車椅子の積載が不可能な場合
 - ・居住する家屋内を移動する際、家屋の構造等により電動車椅子の使用が不可能な場合
- (8) 「22 ギャッチベッド」（12ページ）の支給対象者に該当する方で、特に必要と認められる方※
※上記の「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。
 - ・手押し型車椅子が必要な場合

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。
支給対象者の(7)または(8)に該当する場合は、手押し型車椅子が支給対象です。

12 電動車椅子

支給対象者

- (1) 両下肢と両上肢に著しい障害を残すことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方で、車椅子の使用が著しく困難だと認められる方
- (2) 両下肢と両上肢の傷病に関し、療養（補償）等給付を受けている方※で、傷病が症状固定した後も車椅子の使用が不可能なことが明らかに認められる方
※概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の方を除きます。
- (3) 両下肢と両上肢に著しい障害を残すことで、傷病（補償）等年金の支給決定を受け、当該傷病の療養のために通院している方で、車椅子の使用が不可能な方

- (4) 片下肢の用を全廃または片下肢を亡失したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方で、他方の下肢と上肢の障害で、義足と下肢装具の使用が不可能で、車椅子の使用が著しく困難だと認められる方
- (5) 業務災害または通勤災害等で呼吸器または循環器の障害を受け、次の①または②に該当し、かつ、車椅子の使用が著しく困難であると認められる方
- ①呼吸器または循環器の障害で、傷病（補償）等年金第1級の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
 - ②呼吸器の障害で、障害（補償）等給付第1級の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方で、次のいずれかの要件に該当する方
 - ・動脈血酸素分圧が50Torr 以下であること
 - ・動脈血酸素分圧が50Torr を超え60Torr 以下であり、動脈血炭酸ガス分圧が限界値範囲（37Torr 以上43Torr 以下）にないこと
 - ・高度の呼吸困難が認められ、かつ、%1秒量が35 以下または%肺活量が40 以下であること
- (6) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された電動車椅子で、耐用年数（6年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

13 歩行車

支給対象者

- (1) 高度の失調または平衡機能障害を残すことで、障害等級第3級以上の障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された歩行車で、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

14 収尿器

支給対象者

- (1) せき髄損傷、外傷性泌尿器障害、尿路系腫瘍等の傷病のため、尿失禁を伴うこと、または尿路変向を行ったことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された収尿器で、耐用年数（1年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき2器を支給対象とします。

ただし、人工膀胱用簡易型（使い捨て型）は、義肢等補装具費支給要綱（以下「支給要綱」）の支給基準に定められた価格の範囲内で所轄局長が必要と認めた数を支給対象とします。

15 ストマ用装具

支給対象者

- (1) 大腸または小腸に人工肛門を造設したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 大腸または小腸に皮膚瘻を残し、腸内容の全部もしくは大部分が漏出すること、または腸内容が概ね1日に100ml以上を漏出することで、障害（補償）等給付を受けた方または受けると見込まれる方
- (3) 大腸または小腸に皮膚瘻を残し、腸内容が1日に少量を漏出することで、障害（補償）等給付を受け、特に医師がストマ用装具の使用の必要があると認める方

支給の範囲

支給要綱の支給基準に定められた価格の範囲内で所轄局長が必要と認めた数を支給対象とします。

ストマ用装具の購入に要する費用の支給（原則、新規申請の際）については、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断します。症状照会の結果によっては購入費用を支給できない場合があります。

症状照会については、16ページの2をご覧ください。

<医療機関の方へ>

症状照会を受けた医療機関は、下記の書面を使用し、所轄局長に回答してください。

- ・「症状照会に対する回答書」→様式第18号：35ページ

16 歩行補助つえ

支給対象者

- (1) 下肢の全部または一部を亡失し、または下肢の機能に障害を残すことで、障害等級第7級以上の障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方で、義足または下肢装具の使用が可能な方
- (2) 既に使用していた歩行補助つえ※で、業務上の事由または通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものをお持ちの方
※社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。
- (3) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された歩行補助つえで、耐用年数（2～4年）を超えたものをお持ちの方※
※(2)で支給された歩行補助つえは、旧使用の「既に使用していた歩行補助つえ」が社会復帰促進等事業で購入費用を支給されたものでない場合には、耐用年数を超えても新たな歩行補助つえの費用の支給は行いません。
- (4) 「11 車椅子」または「12 電動車椅子」（7ページ）の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する方で、特に必要と認められる方※

※上記の「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。

- ・歩行補助つえを使用することによって起立程度が可能となる場合

支給の範囲

1人につき1本（松葉づえは原則として1人につき2本）を支給対象とします。

ただし、松葉づえ以外の歩行補助つえについて、両下肢に障害のある場合には、必要に応じ2本を支給対象とします。

17 かつら

支給対象者

- (1) 頭部に著しい醜状を残すことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給されたかつらがき損した方（故意にき損した方を除く）

支給の範囲

1人につき1個を支給対象とします。

18 浣腸器付排便剤

支給対象者

せき髄損傷または排便反射を支配する神経の損傷で、用手摘便を要する状態または恒常的に1週間に排便が2回以下の高度な便秘を残すことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれ、医師が浣腸器付排便剤の使用の必要があると認める方

支給の範囲

1人につき3日に1個の割合で支給対象とします。
60本（6か月分）をまとめて支給対象とすることができます。

浣腸器付排便剤の購入に要する費用の支給（原則、新規申請の際と、薬剤の銘柄または用量を変更する場合）については、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断します。症状照会の結果によっては購入費用を支給できない場合があります。
症状照会については、16ページの2をご覧ください。

<医療機関の方へ>

症状照会を受けた医療機関は、下記の書面を使用し、所轄局長に結果を回答してください。

- ・ 「症状照会に対する回答書」→様式第18号：34ページ

19 床ずれ防止用敷ふとん

支給対象者

傷病（補償）等年金または障害（補償）等給付を受けている神経系統の機能に著しい障害を残す方または両上下肢の用の全廃※もしくは両上下肢を亡失した方のうち、常時介護に関する介護補償給付または介護給付、複数事業労働者介護給付を受けている方

※両上下肢の用の全廃とは、肩関節、ひじ関節と手関節のすべてが強直し、かつ、手指の全部の用を廃し、股関節、ひざ関節と足関節のすべてが強直したものを言います。（手指の用を廃したものは、手指の末節骨の半分以上を失い、または中手指節関節もしくは近位指節間関節（母指にあっては指節間関節）に著しい運動障害を残すものを言います。）

なお、全廃には、高度の麻痺が認められるものも含まれます。

支給の範囲

1人につき1枚を支給対象とします。

20 介助用リフター（移動式に限る。電動式を含む）

支給対象者

次の(1)または(2)に該当し、かつ、(3)から(6)までのすべてに該当する方に支給します（新規支給の場合は、(6)の要件は除きます。）。

- (1) 傷病（補償）等年金の支給決定を受けた方のうち、傷病等級第1級第1号もしくは第2号に該当する方またはこれらと同程度の障害の状態にあると認められる方で、自宅療養者または義肢等の支給申請の日から3か月以内に退院し、自宅で療養すると見込まれる入院療養者
- (2) 障害（補償）等給付を受けた方または受けると見込まれる方のうち、障害等級第1級第3号もしくは第4号に該当する方、またはこれらと同等程度の障害の状態にあると認められる方
- (3) 車椅子 ※または義肢の使用が不可能であること
※電動車椅子と手押し型車椅子は含みません。
- (4) 当該療養者の症状と、介助用リフターの性能・操作方法を理解し、介助用リフターを安全に使用できる介護人がいること
- (5) 当該療養者の家屋の構造が、介助用リフターの円滑な移動に適するものであること
- (6) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された介助用リフターで、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

21 フローテーションパッド（車椅子・電動車椅子用）

支給対象者

- (1) 社会復帰促進等事業として支給された車椅子または電動車椅子を使用する方のうち、床ずれがでん部または大腿部に発生するおそれがあり、かつ、診療担当医がフローテーションパッドの使用を必要と認めた方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給されたフローテーションパッドで、耐用年数（3年または4年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1人につき1枚を支給対象とします。

22 ギャッチベッド

支給対象者

次の(1)または(2)に該当し、かつ、(3)に該当する方に支給します。

- (1) 傷病（補償）等年金の支給決定を受けた方のうち、傷病等級第1級第1号もしくは第2号に該当する方またはこれらと同程度の障害の状態にあると認められる方で、自宅療養者※
※義肢等の支給申請の日から3か月以内に退院し自宅で療養すると見込まれる入院療養者を含みます。
- (2) 障害（補償）等給付を受けた方または受けると見込まれる方のうち、障害等級第1級第3号もしくは第4号に該当する方、またはこれらと同等程度の障害の状態にあると認められる方
- (3) 車椅子（手押し型車椅子を除く）または義肢の使用が不可能である方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

23 重度障害者用意思伝達装置

支給対象者

- (1) 両上下肢の用を全廃※または両上下肢を亡失し、かつ、言語の機能を廃したことで、障害（補償）等給付の支給決定を受けた方または受けると見込まれる方で、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と認められる方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された重度障害者用意思伝達装置で、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方

※両上下肢の用を全廃とは、肩関節、ひじ関節と手関節のすべてが強直し、かつ、手指の全部の用廃し、股関節、ひざ関節と足関節のすべてが強直したものを言います。（手指の用を廃したものは、手指の末節骨の半分以上を失い、または中手指節関節もしくは近位指節間関節（母指にあっては指節間関節）に著しい運動障害を残すものを言います。）

なお、全廃には、高度の麻痺が認められるものも含まれます。

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

重度障害者用意思伝達装置の購入に要する費用の支給（原則、新規申請の際）については、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断します。症状照会の結果によっては購入費用を支給できない場合があります。

症状照会については、16ページの2をご覧ください。

<医療機関の方へ>

症状照会を受けた医療機関は、下記の書面を使用し、所轄局長に結果を回答してください。

- 「症状照会に対する回答書」→様式第18号：35ページ

1 修理の要件

修理費用は、社会復帰促進等事業として購入費用が支給された義肢等補装具が、通常の使用状態でき損した場合または経年で劣化した場合等に支給を受けることができます。ただし、次に掲げる場合は、修理費用を支給しません。

- (1) 本人の故意による事故によって生じたき損の場合
- (2) 修理により義肢等補装具の本来の機能を復元することができない場合

(対象の義肢等補装具)

- 1 - 1 義肢
- 1 - 2 筋電電動義手
- 2 上肢装具・下肢装具
- 3 体幹装具
- 4 座位保持装置
- 5 視覚障害者安全つえ
- 7 眼鏡（コンタクトレンズを除く）
- 9 補聴器
- 10 人工喉頭
- 11 車椅子
- 12 電動車椅子
- 13 歩行車
- 14 収尿器
- 16 歩行補助つえ
- 20 介助用リフター（移動式に限る。電動式を含む）
- 21 フローテーションパッド（車椅子・電動車椅子用）
- 23 重度障害者用意思伝達装置

療養（補償）等給付により装着されたものに関し、以下の修理を受けることができます。

- ・人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る）

2 修理の範囲

修理は、修理を要する義肢等補装具の本来の機能を復元するための一切の修理とし、耐用年数の範囲内で回数に制限はありません。（修理基準に定める範囲内に限ります）

義肢等補装具の購入・修理費用支給の流れ（筋電電動義手の購入を除く）



※ 1 症状照会を実施する種目：
眼鏡（コンタクトレンズに限る）、ストマ用装具、浣腸器付排便剤、重度障害者用意思伝達装置

※ 2 決定に不服がある場合は、決定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、審査請求はできません。

※ 3 採型指導を実施する種目：
義肢、筋電電動義手、上肢装具と下肢装具、体幹装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子

筋電電動義手の購入・修理費用支給の流れ



※決定に不服がある場合は、決定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、審査請求はできません。

購入・修理の手続き

1 申請

義肢等補装具の購入または修理に要する費用の支給を受けようとする方（以下「申請者」）は、下記の書面を所轄局長に提出します。

- 「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」→様式第1号(1)：22ページ

下記の要件に該当する場合は、添付する書類にご注意ください。

- 片側上肢切断者に関する筋電電動義手の購入費用の支給を受けようとする方で、3ページの2の①または②に該当する方
申請書に「就労状況等に関する申立書」を添付してください→様式第1号(2)：24ページ
- 介助用リフターの購入または修理に要する費用の支給を受けようとする方
申請書に「介護人等の状況報告書」を添付してください→様式第1号(3)：25ページ

申請書は都道府県労働局、労働基準監督署にあります。
厚生労働省ウェブサイトからもダウンロードできます。

■厚生労働省ウェブサイト

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken06/03.html>

トップページ> 政策について> 分野別の政策一覧> 雇用・労働
> 労働基準> 施策情報> 労災補償> 労災保険給付関係請求書等ダウンロード

購入または修理に要する費用の支給の対象となる型式と価格等は、支給要綱の支給基準または修理基準に定められた範囲内となります。

2 症状照会

次の支給種目を希望する場合は、申請者の身体障害の状態の程度とその身体障害の状態に応じた義肢等補装具の必要性を判断するため、所轄局長が診療担当医療機関に症状照会を行います。

種 目	照会時期
①眼鏡（コンタクトレンズに限る）	申請の都度
②ストマ用装具	原則として新規申請の際 (ただし、③は、薬剤の銘柄または用量を変更する場合にも行います。)
③浣腸器付排便剤	
④重度障害者用意思伝達装置	

①と③（申請者が薬剤の銘柄または用量を変更する場合のみ）を希望する申請者は、所轄局長からの「検査診断依頼書」による連絡を受けてから、診療担当医療機関で検査を受けてください。

< 医療機関の方へ >

症状照会を受けた医療機関は、下記の書面を使用し、所轄局長に結果を回答してください。

- 「症状照会に対する回答書」→様式第18号：35ページ

3 能動式義手の装着訓練

症状固定後に能動式義手の装着訓練を希望する申請者は、下記の書面を所轄局長に提出してください。

- ・「外科後処置申請書」→外科後処置実施要綱の様式第1号：36ページ

所轄局長から申請者に「外科後処置承認決定通知書」を交付します。申請者は、それを医療機関に提示して、能動式義手の装着訓練を受けてください。

装着訓練の期間は、下記表「装着訓練、試用装着の期間」をご覧ください。

4 筋電電動義手の装着訓練等、適合判定

1 両上肢切断者

筋電電動義手の申請者は、所轄局長に筋電電動義手の購入費用の支給申請を行うとともに、下記の書面を所轄局長に提出してください。

- ・「外科後処置申請書」→外科後処置実施要綱の様式第1号：36ページ

所轄局長から申請者に「外科後処置承認決定通知書」を交付します。申請者は、それを医療機関に提出して、筋電電動義手の装着訓練と適合判定を受けてください。

装着訓練の期間は、下の表をご覧ください。

2 片側上肢切断者

筋電電動義手の申請者は、所轄局長に筋電電動義手の購入費用の支給申請を行った後、下記の書面を所轄局長に提出してください。

- ・「外科後処置申請書」→外科後処置実施要綱の様式第1号：36ページ

所轄局長から申請者に「外科後処置承認決定通知書」を交付します。申請者は、それを医療機関に提出して、筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間の指導等と適合判定を受けてください。

装着訓練の期間は、下の表をご覧ください。

装着訓練・試用装着の期間

訓練の種類			装着訓練の期間	
			原則	最大訓練期間※
装着訓練	前腕切断	筋電電動義手のみ又は能動式義手のみ	4週間以内	最大10週間
		筋電電動義手+能動式義手	8週間以内	最大14週間
	上腕切断	筋電電動義手のみ又は能動式義手のみ	6週間以内	最大12週間
		筋電電動義手+能動式義手	10週間以内	最大16週間
試用装着期間			最大6か月	

※担当医が、訓練期間を延長すれば確実に筋電電動義手、能動式義手の使用が可能だと判断する場合は、装着訓練の期間を原則として最大4週間延長することができます。また、ソケット適合のために日数を要する場合、さらに最大2週間延長することができます。

片側上肢切断者の試用装着期間は最大6か月で、担当医師が申請者の義手取扱いの習熟度を踏まえ、医学的に必要な期間とします。

医療機関は、試用装着期間において、月に1回程度、申請者に対し指導等を行います。

< 医療機関の方へ >

筋電電動義手の装着訓練、適合判定を実施した医療機関は、適合判定の終了後、下記の書面を使用し、所轄局長に報告してください。

- 両上肢切断者
「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」→様式第12号(1)：31ページ
- 片側上肢切断者
「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」
→様式第12号(2)：32ページ

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または明らかに筋電電動義手の支給基準（2～3ページ参照）を満たさないことが判明した場合は、下記の書面を使用し、所轄局長に報告してください。

- 「装着訓練中止報告書」→様式第13号：34ページ

5 承認等

所轄局長は、申請者が支給基準または修理基準の要件を満たすものであるか否かを判断の上、承認・不承認の決定を行います。

承認・不承認の決定を行った場合はその旨を、下記の書面を使用し、それぞれ申請者に通知します。

- 承認の決定を行った場合
「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」
- 不承認の決定を行った場合
「義肢等補装具購入・修理費用支給不承認決定通知書」

支給基準または修理基準の要件を満たすかの判断は、以下に基づき行います。

- 筋電電動義手のうち両上肢切断者
「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」→様式第12号(1)：31ページ
- 筋電電動義手のうち片側上肢切断者
「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」
→様式第12号(2)：32、33ページ
「就労状況等に関する申立書」→様式第1号(2)：24ページ
- 症状照会が必要な義肢等補装具※
症状照会の結果
※「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」を交付する際に、併せて「症状照会に対する回答書」（様式第18号：35ページ）を添付します。

所轄局長の決定に不服がある場合は、この決定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、審査請求できません。

6 注文

承認を受けた申請者は、速やかに下記書面を義肢等補装具業者に提示し、支給要綱の支給基準、修理基準に定める範囲内で、義肢等補装具の購入または修理の注文を行ってください。

- ・ 「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」

このとき、症状照会が必要な義肢等補装具の購入または修理の場合は、以下の書面も併せて提示してください。

- ・ 「症状照会に対する回答書」→様式第18号：35ページ

また、注文を取りやめた場合は、直ちに所轄局長に、その旨を報告してください。

所轄局長の承認を受けるまで、注文はしないでください

7 採型指導

採型指導は、次の支給種目に対して行います。

- ・ 義肢
- ・ 筋電電動義手
- ・ 上肢装具・下肢装具
- ・ 体幹装具
- ・ 座位保持装置
- ・ 車椅子
- ・ 電動車椅子

所轄局長は、上記義肢等補装具の購入に要する費用の支給申請の承認を行ったときは、都道府県労働局が義肢採型指導医として指定した医療機関（以下「義肢採型指導医」）のうち、申請者が「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」（様式第1号(1):21、22ページ）で希望する医療機関に対して、採型指導を依頼します。

申請者は、その医療機関で採型指導を受けてください。

採型指導の依頼を受けた義肢採型指導医は、当該義肢等補装具に関する採型を行うとともに、申請者の希望する義肢等補装具業者に対して採型結果に基づいた指導を行います。

なお、車椅子と電動車椅子の採型指導は、申請者の障害に応じて必要な種類、部品と付属品の選択について指導を行います。

< 医療機関の方へ >

義肢等補装具業者は、義肢等補装具を製作または修理したときは、当該義肢等補装具を義肢等採型指導医に提示して検査を受ける必要があります。

義肢採型指導医は、検査の結果、当該義肢等補装具が申請者に適合していると認めた場合には、その旨の「証明書」を下記書面を使用し、義肢等補装具業者に交付してください。

- ・ 「証明書」→様式第7号：26ページ

8 引き渡し

義肢等補装具事業者は、義肢等補装具の引渡しの際、申請者から義肢等補装具の購入費用又は修理費用の支払を受けて、申請者に領収書を発行します。

このとき、以下の書面も併せて渡してください。

- ・ 義肢、装具の製作又は修理を行った場合
「義肢等補装具購入・修理費用内訳書」→様式第8号(2)～(4)：28～30ページ

- ・ 採型指導を行った場合

義肢採型指導医が交付した「証明書」→様式第7号：26ページ

9 受領委任

申請者は、義肢等補装具の購入費用または修理費用について、厚生労働省から支給される金額の受領を義肢等補装具業者に委任する※¹ことができます。この場合、申請者は、義肢等補装具業者にその費用を支払う必要はありません。

この受領委任を行う場合、申請者は下記書面の委任状欄に、住所・氏名・委任先（義肢等補装具業者）など※²を記入の上、当該請求書と「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」の写しを、義肢等補装具業者へ渡してください。

- ・ 「義肢等補装具購入・修理費用請求書」→様式第8号(1)：27ページ

※¹ 申請者が受領委任を希望する場合は、注文時にその旨を義肢等補装具業者に必ず確認してください。

※² 請求人欄には、申請者の住所、氏名などを記入してください。

<義肢等補装具業者の方へ>

義肢等補装具の購入費用または修理費用を受領委任された義肢等補装具業者は、申請者から「義肢等補装具購入・修理費用請求書」、「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」（写し）を受け取り、申請者に代わり当該書類等を所轄局長に提出してください。

10 費用の請求

義肢等補装具の購入費用または修理費用を請求する場合、以下2点の書類と添付書類を所轄局長に提出します。

- ・ 「義肢等補装具購入・修理費用請求書」→様式第8号(1)：27ページ
- ・ 「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」（写し）
(添付書類)
- ・ 支給種目が義肢、装具の場合
「義肢等補装具購入・修理費用内訳書」→様式第8号(2)～(4)：28～30ページ
- ・ 採型指導を行った場合
義肢採型指導医が交付した「証明書」→様式第7号：26ページ
- ・ 申請者が義肢等補装具の購入費用または修理費用を義肢等補装具業者に支払った場合
領収書

<義肢等補装具業者の方へ>

申請者から購入費用または修理費用の支払いを受けた義肢等補装具業者の方は、領収書の発行と併せて、下記の書面を申請者に渡してください。

- ・ 「義肢等補装具購入・修理費用内訳書」→様式第8号(2)～(4)：28～30ページ

また、採型指導の対象となる義肢等補装具を製作または修理したときは、領収書の発行と併せて、下記の書面を、申請者に渡してください。

- ・ 義肢採型指導医から交付された「証明書」→様式第7号：26ページ

11 差額の自己負担

支給要綱の支給基準および修理基準に定められた種目、名称、型式、基本構造等の要件を満たすものだが、申請者が希望するデザイン、素材等を選択することにより、支給要綱に定める費用の額（上限額）を超える場合は、その差額を申請者が負担して、義肢等補装具の購入費用または修理費用の支給対象とすることができます。

記載例(購入)

様式第1号(1) (表面)

義肢等補装具購入修理費用支給申請書

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

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カ^ハハ^ロ

※ 帳票種別 ① 管轄局

37500 □□

② 労働保険番号	13101123456000	③ 管轄局 種別 西暦年 番号	130221234																																																																
④ 生年月日	5500730	⑤ 負傷又は発病年月日	9021201																																																																
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	ロウサイ タロウ	※ ⑥ 受付年月日	9令和 □□□□																																																																
(ウ) 障害等級 第4級第4号	(エ) 治ゆ年月日 令和3年5月1日	(ア) 障害補償一時金又は障害一時金の受領年月日	年 月 日																																																																
(オ) 傷病名	右上腕骨切断	(イ) 障害(補償)年金又は傷病(補償)年金の支給決定年月日	令和3年7月1日																																																																
(カ) 障害の部位	右上腕	(ク) 修理または交換箇所																																																																	
⑧ 支給種目	0110	⑨ 購修別	1																																																																
⑩ 新種別	1	新規の場合は「1」 修理の場合は「3」 既内・容量変更の場合は「5」 を記入してください。																																																																	
<table border="1"> <tr> <td>0110</td><td>義肢(筋電動義手を除く)</td><td>0120</td><td>筋電動義手</td><td>0300</td><td>視覚障害者安全つえ</td><td>0800</td><td>下肢装具</td> </tr> <tr> <td>0300</td><td>体幹装具</td><td>0400</td><td>座位保持装置</td><td>0700</td><td>弱視用眼鏡</td><td>1200</td><td>義眼</td> </tr> <tr> <td>0710</td><td>矯正用眼鏡</td><td>0720</td><td>コンタクトレンズ</td><td>1100</td><td>車椅子</td><td>1430</td><td>点字器</td> </tr> <tr> <td>0900</td><td>補聴器</td><td>1000</td><td>人工喉頭</td><td>1420</td><td>女性用取尿器</td><td>1800</td><td>電動車椅子</td> </tr> <tr> <td>1300</td><td>歩行車</td><td>1410</td><td>男性用取尿器</td><td>1700</td><td>歩行補助つえ</td><td>2200</td><td>人工膀胱用取尿器</td> </tr> <tr> <td>1500</td><td>ストマ用装具</td><td>1600</td><td>歩行補助つえ</td><td>2100</td><td>フロアテーションパッド</td><td></td><td>洗腸器付排便剤</td> </tr> <tr> <td>1900</td><td>床ずれ防止用敷ふとん</td><td>2000</td><td>介助用リフター</td><td></td><td></td><td></td><td>ギャッチベッド</td> </tr> <tr> <td>2300</td><td>重度障害者用意意思伝達装置</td><td>2400</td><td>人工内耳</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				0110	義肢(筋電動義手を除く)	0120	筋電動義手	0300	視覚障害者安全つえ	0800	下肢装具	0300	体幹装具	0400	座位保持装置	0700	弱視用眼鏡	1200	義眼	0710	矯正用眼鏡	0720	コンタクトレンズ	1100	車椅子	1430	点字器	0900	補聴器	1000	人工喉頭	1420	女性用取尿器	1800	電動車椅子	1300	歩行車	1410	男性用取尿器	1700	歩行補助つえ	2200	人工膀胱用取尿器	1500	ストマ用装具	1600	歩行補助つえ	2100	フロアテーションパッド		洗腸器付排便剤	1900	床ずれ防止用敷ふとん	2000	介助用リフター				ギャッチベッド	2300	重度障害者用意意思伝達装置	2400	人工内耳				
0110	義肢(筋電動義手を除く)	0120	筋電動義手	0300	視覚障害者安全つえ	0800	下肢装具																																																												
0300	体幹装具	0400	座位保持装置	0700	弱視用眼鏡	1200	義眼																																																												
0710	矯正用眼鏡	0720	コンタクトレンズ	1100	車椅子	1430	点字器																																																												
0900	補聴器	1000	人工喉頭	1420	女性用取尿器	1800	電動車椅子																																																												
1300	歩行車	1410	男性用取尿器	1700	歩行補助つえ	2200	人工膀胱用取尿器																																																												
1500	ストマ用装具	1600	歩行補助つえ	2100	フロアテーションパッド		洗腸器付排便剤																																																												
1900	床ずれ防止用敷ふとん	2000	介助用リフター				ギャッチベッド																																																												
2300	重度障害者用意意思伝達装置	2400	人工内耳																																																																
⑪ 義肢等補装具の名称	右上腕義手(殻構造・装飾用)	⑫ 具体的に記入して下さい。(特に義肢の場合は、構造別、形式等も記入して下さい。)																																																																	
⑬ 左右の別	3 1左 3右 5両方	⑭ 数量	001																																																																
⑮ き損年月日	7平成 □□□□	⑯ 前回受給年月日	年 月 日																																																																
希望補装具業者	名称 株式会社〇〇義肢店	電話番号	00(0000)0000																																																																
	郵便番号	100-0000																																																																	
	住所	東京都港区赤坂〇-〇-〇																																																																	
指導機関	名称 〇〇病院																																																																		
(注意)	<p>⑧ 支給種目の番号が 0110、0120、0210、0220、0300、0400、1100、1200 印項は記入しないで裏面の「義肢等き損現認証明欄」に事業主の証明で新規の場合は、必ず医療機関名を記入して下さい。</p>																																																																		

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

曲げる場合には、△の所を各2折りまたは3つ折りして下さい。

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

100-8916

電話 03-1234-5678 局番

〇年〇月〇日

住所 東京都千代田区霞が関1-2-2 (方)

氏名 労災 太郎

申請者の

東京 労働局長 殿

記載例(修理)

様式第1号(1) (表面)

義肢等補装具購入修理費用支給申請書

0	5	ア	カ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	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

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カ^ハハ[°]

※ 帳票種別 ① 管轄局

3 7 5 0 0

② 労働保険番号 1 3 1 0 1 1 2 3 4 5 6 0 0 0

③ 管轄局 種別 西暦年 番号 1 3 0 2 2 1 2 3 4

④ 生年月日 5 5 0 0 7 3 0

⑤ 負傷又は発病年月日 7 2 9 1 2 0 1

⑥ 受付年月日

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
ロウサイ タロウ

(ア) 障害補償一時金又は障害一時金の受領年月日

(イ) 障害等級 第 4 級 第 4 号 (エ) 治ゆ 平成 必ず記入して下さい。(見積書等を添付して頂いても結構です。) 成30年 7 月 1 日

(オ) 傷病名 右上腕骨切断 (カ) 障害の部位 右上腕

修理または交換箇所 ソケット(熱硬化性樹脂)交換、義手用ハーネス式交換

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

⑧ 支給種目 0 1 1 0

⑨ 購修別 3

⑩ 新継別

下記より申請を行う種目一つだけ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。

新規の場合は「1」
継修の場合は「3」
銘柄・容量変更の場合は「5」
を記入してください。

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	器具
0 3 0 0	体幹装具	0 4 0 0	座位保持装置	0 5 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 9 0 0	補聴器	1 0 0 0	人工喉頭	1 1 0 0	車椅子
1 3 0 0	歩行車	1 4 1 0	男性用取尿器	1 4 2 0	女性用取尿器
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 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 3 0 0	重度障害者用意思伝達装置	2 4 0 0	人工内耳	2 2 0 0	ギャッチベッド

の一覧から選んで下さい。

⑪ 義肢等補装具の名称 右上腕義手(殻構造・装飾用)

⑫ 左右の別 ⑬ 数量 ⑭ き損年月日 ⑮ 前回受給年月日

3 1左 0 0 1 7平成 9 0 2 0 7 0 1 平成30年 12 月 1 日

3 3右 5両方

⑯ 希望補装具業者 名称 株式会社〇〇義肢店 必ず記入して下さい。 番号 00 (0000) 0000

郵便番号 100-0000

住所 東京都港区赤坂〇-〇-〇

⑰ 希望機探聞型 名称 〇〇病院

曲げる場合には▲の所を各2折りまたは3つ折りして下さい。

(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。

⑱ 郵便番号 1 0 0 - 8 9 1 6 電話 03-1234-5678 局番

〇 年 〇 月 〇 日

住所 東京都千代田区霞が関1-2-2 () 方

申請者の氏名 労災 太郎

東京 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 令和2年7月1日 ②職種 OO業

③き損義肢等の種目 右上腕義手(殻構造・装飾用) ④き損部位 右上腕

⑤き損の原因及び発生原因

業務中や通勤等により、き損した場合に記入します。

上記の通り証明します。

(〒 100-0000)

事業主住所 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇

事業主氏名 OO株式会社 OO OO

記事欄

記事欄の記入用空白欄

就労状況等に関する申立書

令和 ○年 ○月 ○日

申請者 住 所 東京都千代田区霞が関1-2-2

氏 名 労災 太郎

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。

令和 4年 4月 1日

事業の名称 ○○株式会社

事業場の所在地 東京都千代田区霞が関○-○-○

事業主の氏名 ○○ ○○

- 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。

令和 年 月 日

事業の名称

事業場の所在地

事業主の氏名

- 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

.....
.....

様式第1号(3)

介護人等の状況報告書

1 介護人の状況について

(1) 氏名 労災 次郎

(2) 性別 男 女

(3) 年齢 40歳

(4) 申請者との続柄 弟

(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）

別添間取り図のとおり

- (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。

様式第7号

労働者災害補償保険

証 明 書

承認番号		12345678
申請者の	住所	(〒100-8916) 東京都千代田区霞が関1-2-2
	氏名	労災 太郎
義肢・装具の	種目	義肢(右上腕、殻構造)
	個数	1
	製作年月日	令和4年5月1日
製作者の	所在地	(〒100-0000) 東京都港区赤坂〇〇-〇-〇
	名称	株式会社〇〇義肢店
	電話番号	03-1234-5678

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。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(〒100-0000)

住 所 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇 〇〇病院

採型指導医

氏 名 〇〇 〇〇

記 載 例

様式第8号(2)

義肢等補装具 購 入
修 理 費用内訳書

(殻構造義肢用)

① 殻構造義肢の等 名称・型式	ア. 名称	右上腕義肢				
	イ. 型式	〇〇				
	ウ. 採型区分	A-5				
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	A-5 装飾用		2	▲▲▲▲	■●●●	新規価格
オ. ソケット	A-5 〇〇樹脂		2	▲▲▲▲	■●●●	新規価格
カ. ソフトインサート						
キ. 支持部	装飾用前腕部 〇〇樹脂		2	▲▲▲▲	■●●●	修理価格
ク. 義手用ハーネス及 び義足懸垂用部品						
ケ. 外装	前腕部 プラスチック		2	▲▲▲▲	■●●●	修理価格
コ. 完成用部品	手先具〇〇		2	▲▲▲▲	■●●●	
	断端袋〇〇 (前腕部)		2	▲▲▲▲	■●●●	
	芯入り		10	▲▲▲▲	■●●●	
	6%加算				■●●●	
③ 合計金額	¥ 〇〇〇, 〇〇〇					

- 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。

記 載 例

様式第8号(3)

義肢等補装具 購入 費用内訳書
修理
 (骨格構造義肢用)

① 骨格構造義肢の 名称・型式等	ア. 名称	左下腿義肢				
	イ. 型式	PTB式				
	ウ. 採型区分	B-4				
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	B-4PTB式		1	▲▲▲▲	■●●●	
オ. ソケット	B-4 ○○樹脂 カーボンストックネット		1	▲▲▲▲	■●●●	
			1	▲▲▲▲	■●●●	
カ. ソフトインサート	B-4○○樹脂		2	▲▲▲▲	■●●●	
キ. 支持部						
ク. 義手用ハーネス及 び義足懸垂用部品	PTBカフベルト一式		1	▲▲▲▲	■●●●	
ケ. 外 装	下腿義足用		1	▲▲▲▲	■●●●	
コ. 完成用部品	四つ穴取り付け ソケット取付ブロック 加算	○社製 ××	1	▲▲▲▲	■●●●	
	フォームカバーB 加算	○社製 ××	1	▲▲▲▲	■●●●	
	ストックネットB	○社製 ××	1	▲▲▲▲	■●●●	
	足部SACH足部 加算	○社製 ××	1	▲▲▲▲	■●●●	
	断端袋下腿用 6%加算		1	▲▲▲▲	■●●● ■●●●	
③ 合計金額	¥ 〇〇〇, 〇〇〇					

- 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。

記 載 例

様式第8号(4)

義肢等補装具 購入 費用内訳書
修理
(装 具 用)

① 装具の区分、名称等	ア. 名 称	靴型装具				
	イ. 型 式	〇〇				
	ウ. 採型区分	B-1	採型・採寸			
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	B-1		1	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■	
オ. 継 手						
カ. 支 持 部	足部(中敷き)	B1皮革等 小	4	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■	
キ. その他加算要素	長靴	特殊靴 グッドイ ヤー式	2	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■	
	長靴		2	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■	
	月形の延長		4	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■	
	スチールバネ入り		4	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■	
	トウボックスの補強		4	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■	
足底の補正	4	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■			
ク. 完 成 用 部 品						
	6%加算				■ ■ ■ ■	
③ 合 計 金 額	¥ 〇〇〇, 〇〇〇					

- 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。

様式第 12 号(1)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

○ ○ 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 <p style="text-align: center;">労災 太郎</p> <p style="text-align: center;">(50)</p>	申請者の住所 <p style="text-align: center;">東京都千代田区霞が関1-2-2</p>
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 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 ② 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 ③ 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 ④ ソケットを装着することができる断端の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 2 筋電電動義手の使用の可否について <input checked="" type="radio"/> 可 ・ <input type="radio"/> 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、ADL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。 装着訓練は順調であり、操作の習熟度は高いため、着衣や食事などでの日常生活動作が可能となり、ADLの向上が得られる。	

様式第 12 号 (2) (表面)

令和 ○ 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 <p style="text-align: center;">労災 太郎 (50)</p>	申請者の住所 <p style="text-align: center;">東京都千代田区霞が関1-2-2</p>
1 装着訓練等の状況 (1) 装着訓練の状況 ① 筋電電動義手のみの装着訓練を行った場合 装着訓練期間：令和 4 年 5 月 1 日 ～ 令和 4 年 5 月 15 日 訓練実日数： 14 日 訓練の修了状況 <input checked="" type="radio"/> 了 ・ 未 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 ア 筋電電動義手の装着訓練 装着訓練期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 訓練実日数： 日 訓練の修了状況 了 ・ 未 イ 能動式義手の装着訓練 装着訓練期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 訓練実日数： 日 訓練の修了状況 了 ・ 未 (2) 試用装着期間の状況 試用装着期間：令和 4 年 5 月 1 日 ～ 令和 4 年 5 月 15 日 通院実日数： 14 日 2 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 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 ② 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 <p style="text-align: right;">(裏面に続く)</p>	

- 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、ADL評価等について、分かる範囲で記載してください。

装着訓練は順調であり、操作の習熟度は高いため、着衣や食事などでの日常生活動作が可能となり、ADLの向上が得られる。

様式第 13 号

令和 ○ 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 <p style="text-align: center;">労災 太郎 (50)</p>	申請者の住所 <p style="text-align: center;">東京都千代田区霞が関1-2-2</p>
報 告 事 項	<p style="text-align: center;">装着訓練は○○○○のため、中止した。</p>

様式第 18 号(1)

令和 ○年 ○月 ○日

労働局長殿

〇〇病院

医師 〇〇 〇〇

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 労災 太郎

住所 東京都千代田区霞が関1-2-2

生年月日 昭和47年7月30日

性別 男

種目 コンタクトレンズ

記

症状の状態					
○ コンタクトレンズについて					
1 装用の可否					
装用可・装用不可					
2 上記1の判断理由(具体的に記入してください。)					
左眼外傷により無水晶体眼の為、矯正用のコンタクトレンズが必要である。					
	BC	Pwr	Size	Cyl. p	Axs
右					
左	〇〇〇	+〇〇	〇〇		
申請受付番号					

様式第1号

労働者災害補償保険
外科後処置申請書

東京 労働局長 殿

外科後処置を受けたいので、診査表を添付の上、下記のとおり申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(〒 100-8916)

住 所 東京都千代田区霞が関1-2-2

申請者の 電話番号 03-1234-5678

氏 名 労災 太郎 生年月日 昭和50年 7 月 30 日生

1. 労働保険番号

2. 負傷(発病) 令和2年 7 月 1日

府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号						枝 番 号				
1	3	1	0	1	1	2	3	4	5	6	0	0	0

治 ゆ 令和3年 12月 1日

3. 傷 病 名 左上肢切断

4. 障 害 等 級 第 4 級 第 4 号

傷害の部位 左上肢

5. 障害補償一時金又は
障害一時金の受領 年 月 日

6. 外科後処置を受けたい医療機関名、所在地

障害補償年金又は
障害年金の支給決定 令和4年 2 月 1日

医療機関名 ○○病院

(年金証書 第 123456789 号)

所在地 東京都大田区大森南〇-〇-〇

7. 受けたい外科後処置のあらし

業務中の災害により、左側上肢を失い、その後に症状固定となった。

今般、被災当時に所属していた(株)△△の○○事業場で職場復帰することが決まり、

筋電電動義手を支給していただきたい。については、○○病院で外科後処置を受けることを

希望している。

保 険 給 付 記 録 票 照 合 欄	局 処 理 欄			原 票 記 入 者 印
	本件承認してよろしいか。	交 付 年 月 日	承 認 書 契 印	
申請書記載事項 1~5 と照合のこと。	局 長	年 月 日	(契 印 欄)	
署 名	部 長	承 認 番 号		
照 合 責 任 者 印	課 長	No. (整)		
	補 佐			
	係 長			

旅費の支給

1 対象者

旅費は、次の方に支給されます。

- 義肢、上肢装具、下肢装具、体幹装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子またはかつらの採型もしくは装着のため旅行する方
- 筋電電動義手に関する装着訓練、試用装着期間における指導等および適合判定のため旅行する方
- 能動式義手に関する装着訓練のため旅行する方
- 義眼の装嵌のため旅行する方
- 眼鏡（コンタクトレンズに限る）または浣腸器付排便剤の購入費用の支給に関する検査のため旅行する方
- 人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る）の修理のため旅行する方

旅費の支給を受けようとする場合は下記の書面を所管労働局長に提出します。

- 「義肢等補装具費旅費支給申請書」→様式第10号(1)：38ページ

義肢装着のために断端部の手術等の外科後処置を受けるため旅行する方には、外科後処置実施要綱に基づき旅費が支給されます。

旅費の支給を受けようとする場合は下記の書面を所轄労働局長に提出します。

- 「外科後処置旅費支給申請書」→外科後処置実施要綱の様式第5号(1)：40ページ

2 範囲

旅費は、最も経済的な通常の経路と方法で旅行した場合の金額で計算し、その範囲は日本国内に限ります。

なお、必要と認められる限り、回数に制限はありません。

旅費の種類は、鉄道賃、船賃、車賃、宿泊料とし、支給額と支給方法は次のとおりとします。

- 鉄道賃と船賃は、普通旅客運賃を支給します。
普通急行列車を運行する線路による旅行で片道50 キロメートル以上のものは急行料金を支給します。
特別急行列車を運行する線路による旅行で片道100 キロメートル以上のものは特別急行料金を支給します。
- 車賃は、1キロメートルにつき、37円とします。
- 宿泊料は、地理的事情等で宿泊の必要が認められる場合に限り、1夜につき8,700円の範囲内でその実費額（飲酒、遊興費、その他これらに類する費用を除く）とします。
- 定期券と回数券等、運賃の割引を受けることができる場合の運賃の額は、その実費額を支給します。
- 旅費の支給について、上記を含む支給要綱の規定によることが困難な事情がある場合（航空機の利用など）には、国家公務員等の旅費に関する法律および同法の運用の方針に準じ、最も経済的と認められる経路と方法で旅行した場合における旅費を支給します。

ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ノ
ネ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン		

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

※⑩金融機関コード
金融機関 店舗
□□□□□□□□

※③受付年月日
元号 年 月 日
9 令和 □□□□□□□□

※⑬郵便局コード
□□□□□□□□

④概算・精算の別

2 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
□□□□ ¥ 1234

⑥承認番号

12345678

(旅費の内訳を裏面に記入してください。)

(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

〇〇

店舗名

〇〇

口座名義人

本店・本所 出張所 支店・支所
労災 太郎

⑦預金の種類

1 1 普通
3 3 当座

⑧口座番号

1234567

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。

記 号 番 号 (右ヅメ)
1□□□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。

ロウサイ タロウ □□□□□□□□□□

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。

□□□□□□□□□□□□□□□□

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

元号 年 月 日
7 平成 9 令和 9040501

⑮旅行期間末日

元号 年 月 日
7 平成 9 令和 9040501

⑯旅行回数

01回

⑰旅行事由

1

- 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、洗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、令和4年5月1日より令和4年5月2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、洗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。

令和〇年〇月〇日

電話番号 03-0000-0000

住 所 東京都大田区大森南〇-〇-〇

医療機関又は施設名 〇〇病院

氏 名 〇〇 〇〇

(概算払いを受ける場合は、記入不要です。)

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

100-8916

電話 03-1234-5678

〇年〇月〇日

申請者の

⑲住所 東京都千代田区霞が関1-2-2 () 方)

フリガナ ロウサイ タロウ
⑳氏名 労災 太郎

東京 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。

記 載 例

様式第5号(1)(表面)

労働者災害補償保険

外科後処置旅費支給申請書

-----東京----- 労働局長 殿

外科後処置旅費の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(〒 100-8916)

住 所 東京都千代田区霞が関1-2-2

申請者 の 電話番号 (____ 03 ____) - ____ 1234 ____ - ____ 5678 ____

氏 名 労災 太郎

1 承認書番号 No. 12345678 ※前払いを受ける場合、記入は不要です。

2 旅 費 1,436 円 (内訳を裏面に記入してください。)

事実証明 ※前払いを受ける場合、記入は不要です。	上記申請者が、当医療機関において、令和 <u>4</u> 年 <u>5</u> 月 <u>1</u> 日より 令和 <u>4</u> 年 <u>5</u> 月 <u>2</u> 日まで、外科後処置を行ったことを証明します。 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 住 所 <u>東京都大田区大森南〇-〇-〇</u> 電話番号 (____ 03 ____) - ____ 〇〇〇〇 ____ - ____ 〇〇〇〇 ____ 医療機関名 <u>〇〇病院</u> 氏 名 <u>〇〇 〇〇</u>												
振り込みを希望する金融機関の名称	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;"> 〇 〇 <input checked="" type="radio"/> 銀行 金庫 </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> 本店・本所 </td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> 預金の種類 </td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> <input checked="" type="radio"/> 普通 当座 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> 農協・漁協 </td> <td style="text-align: center;"> 出張所 </td> <td style="text-align: center;"> 口座番号 </td> <td style="text-align: center;"> 1234567 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> 信組 </td> <td style="text-align: center;"> 〇 〇 <input checked="" type="radio"/> 支店 支所 </td> <td style="text-align: center;"> 口座名義人 </td> <td style="text-align: center;"> 労災 太郎 </td> </tr> </table>	〇 〇 <input checked="" type="radio"/> 銀行 金庫	本店・本所	預金の種類	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座	農協・漁協	出張所	口座番号	1234567	信組	〇 〇 <input checked="" type="radio"/> 支店 支所	口座名義人	労災 太郎
〇 〇 <input checked="" type="radio"/> 銀行 金庫	本店・本所	預金の種類	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座										
農協・漁協	出張所	口座番号	1234567										
信組	〇 〇 <input checked="" type="radio"/> 支店 支所	口座名義人	労災 太郎										

都道府県労働局一覧

都道府県	郵便番号	住所	電話番号
北海道	060-8566	札幌市北区北8条西2丁目1番1号 札幌第1合同庁舎9階	011-709-2311
青森	030-8558	青森市新町2-4-25 青森合同庁舎	017-734-4115
岩手	020-8522	盛岡市盛岡駅西通1-9-15 盛岡第2合同庁舎 5階	019-604-3009
宮城	983-8585	仙台市宮城野区鉄砲町1番地 仙台第4合同庁舎8階	022-299-8843
秋田	010-0951	秋田市山王7-1-3 秋田合同庁舎	018-883-4275
山形	990-8567	山形市香澄町3-2-1 山交ビル3階	023-624-8227
福島	960-8021	福島市霞町1-46 福島合同庁舎5階	024-536-4605
茨城	310-8511	水戸市宮町1-8-31 茨城労働総合庁舎5階	029-224-6217
栃木	320-0845	宇都宮市明保野町1-4 宇都宮第2地方合同庁舎	028-634-9118
群馬	371-8567	前橋市大手町2-3-1 前橋地方合同庁舎8階	027-896-4738
埼玉	330-6016	さいたま市中央区新都心11-2 ランド・アクシス・タワー15階	048-600-6207
千葉	260-8612	千葉市中央区中央4-11-1 千葉第2地方合同庁舎3階	043-221-4313
東京	102-8306	千代田区九段南1-2-1 九段第3合同庁舎13階	03-3512-1617
神奈川	231-8434	横浜市中区北仲通5丁目57番地 横浜第2合同庁舎8階	045-211-7355
新潟	950-8625	新潟市中央区美咲町1-2-1 新潟美咲合同庁舎2号館3階	025-288-3506
富山	930-8509	富山市神通本町1-5-5 富山労働総合庁舎3階	076-432-2739
石川	920-0024	金沢市西念3-4-1 金沢駅西合同庁舎5階	076-265-4426
福井	910-8559	福井市春山1-1-54 福井春山合同庁舎9階	0776-22-2656
山梨	400-8577	甲府市丸の内1-1-11	055-225-2856
長野	380-8572	長野市中御所1-22-1 3階	026-223-0556
岐阜	500-8723	岐阜市金竜町5-13 岐阜合同庁舎3階	058-245-8105
静岡	420-8639	静岡市葵区追手町9-50 静岡地方合同庁舎3階	054-254-6369
愛知	460-0008	名古屋市中区栄2-3-1 名古屋広小路ビルディング11階	052-855-2145
三重	514-8524	津市島崎町327-2 津第2地方合同庁舎4階	059-226-2109
滋賀	520-0806	大津市打出浜14-15 滋賀労働総合庁舎6階	077-522-6630
京都	604-8171	京都市中京区烏丸通御池下ル虎屋町577-2 太陽生命御池ビル3階	075-211-4100
大阪	540-8527	大阪市中央区大手前4-1-67 大阪合同庁舎第2号館9階	06-6949-6507
兵庫	650-0044	神戸市中央区東川崎町1-1-3 神戸クリスタルタワー16階	078-367-9155
奈良	630-8113	奈良市法蓮町163-1 新大宮愛正寺ビル3階	0742-32-1910
和歌山	640-8581	和歌山市黒田2丁目3番3号 和歌山労働総合庁舎2階	073-488-1153
鳥取	680-8522	鳥取市富安2丁目89-9	0857-29-1706
島根	690-0841	松江市向島町134番10 松江地方合同庁舎5階	0852-31-1159
岡山	700-8611	岡山市北区下石井1-4-1 岡山第2合同庁舎1階	086-225-2019
広島	730-8538	広島市中区上八丁堀6-30 広島合同庁舎第2号館5階	082-221-9245
山口	753-8510	山口市中河原町6-16 山口地方合同庁舎2号館	083-995-0374
徳島	770-0851	徳島市徳島町城内6-6 徳島地方合同庁舎	088-652-9144
香川	760-0019	高松市サンボト3番33号 高松サンボト合同庁舎北館3階	087-811-8921
愛媛	790-8538	松山市若草町4-3 松山若草合同庁舎5階	089-935-5206
高知	781-9548	高知市南金田1-39	088-885-6025
福岡	812-0013	福岡市博多区博多駅東2-11-1 福岡合同庁舎新館4F	092-411-4799
佐賀	840-0801	佐賀市駅前中央3-3-20 佐賀第2合同庁舎4階	0952-32-7193
長崎	850-0033	長崎市万才町7-1 TBM長崎ビル	095-801-0034
熊本	860-8514	熊本市西区春日2-10-1 熊本地方合同庁舎A棟9階	096-355-3183
大分	870-0037	大分市東春日町17-20 大分第2ソフィアプラザビル6階	097-536-3214
宮崎	880-0805	宮崎市橋通東3-1-22 宮崎合同庁舎2階	0985-38-8837
鹿児島	892-0842	鹿児島市東千石町14番10号 天文館NNビル5階	099-223-8280
沖縄	900-0006	那覇市おもろまち2-1-1 那覇第2地方合同庁舎1号館3階	098-868-3559

この記載内容や詳細につきましては、所管もしくは最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にお問い合わせください。