

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	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

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
 □□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 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 令和3年 7 月 1 日

(ウ) 障害等級 第4級第4号 (エ) 治癒年月日 令和3年 5 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

※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 ⑨ 購入 ⑩ 購修別 ⑪ 新規別

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。 0110 購入の場合は「1」、修理の場合は「3」を記入してください。 1 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。 1

の一覧から選んで下さい。

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	0900	補聴器	1200	義眼
0710	矯正用眼鏡	0720	コンタクトレンズ	0730	弱視用眼鏡	1430	点字器
0900	補聴器	1000	人工喉頭	1100	車椅子	1430	電動車椅子
1300	歩行車	1410	男性用取尿器	1420	女性用取尿器	1800	人工膀胱用取尿器
1500	ストマ用装具	1600	歩行補助つえ	1700	かつら	2200	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	2100	フローテーションパッド		ギャッチベッド
2300	重度障害者用意思伝達装置	2400	人工内耳				

⑫ 義肢等補装具の名称 右上腕義手(殻構造・装飾用)

⑬ 左右の別 ⑭ 数量 ⑮ 支給年月日 ⑯ 前回受給年月日

3 1左 3右 5両方 001 7平成 9令和 □□□□□□□□ □□□□□□□□

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

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。)

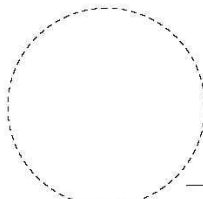
曲げる場合には、△の所を各2折りまたは3つ折りして下さい。

(注意)

1. 前回受給年月日については、義肢等補装具の購入年月日とする。
2. 業務上の事由又は通勤により義肢等を必要とする場合は、「義肢等き損現認証明欄」に事業主の証明を記入してください。
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。

⑧ 支給種目の番号が 0110、0120、0210、0220、0300、0400、1100、1200 の場合は、必ず医療機関名を記入して下さい。

上記により義肢等補装具費の支給を申請します。



〇年〇月〇日

申請者の 東京 労働局長 殿

⑮ 郵便番号 100-8916 局番 03-1234-5678

住所 東京都千代田区霞が関1-2-2 (方)

氏名 労災 太郎

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

Table with 4 rows and 7 columns containing alphanumeric characters for identification.

○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 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 7291201 ※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。 (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、義用手ハーネス式交換

⑧ 支給種目 ⑨ 購入修別 ⑩ 新継別 0110 3 0

Table listing various prosthetic and medical items with their corresponding codes and names.

⑪ 義肢等補装具の名称 右上腕義手(殻構造・装飾用) 具体的にご記入下さい。(特に義肢の場合は、構造別、形式等も記入して下さい。)

⑫ 左右の別 ⑬ 数量 ⑭ き損年月日 ⑮ 前回受給年月日 3 001 9020701 平成30年 12月 1日

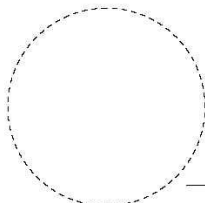
希望補装具業者 名称 株式会社〇〇義肢店 必ず記入して下さい。 番号 00(0000)0000 郵便番号 100-0000 住所 東京都港区赤坂〇-〇-〇

指希望機採関型 名称 〇〇病院

(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。

⑯ 郵便番号 100-8916 電話 03-1234-5678 局番



〇年〇月〇日

申請者の

東京 労働局長 殿

住所 東京都千代田区霞が関1-2-2 (方)

氏名 労災 太郎

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

具体的にご記入下さい。(特に義肢の場合は、構造別、形式等も記入して下さい。)

必ず記入して下さい。

の一覧から選んで下さい。

曲げる場合には、の所を各2折りと2つ折りして下さい。

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

記事欄の記入用ダミー線

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
製作業者の	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

義肢等補装具購入修理費用請求書

標準
字体

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

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例)「カ」

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

帳票種別 37530	※①管轄局	※②委任・未支給	※④支給種目			※⑤金融機関コード			
			種目	枝番	金融機関		店舗		
	9令和								
※③受付年月日		※⑥郵便局コード							

⑦承認番号

12345678

⑧請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。

千 百 万 十 千 百 十 円
00 ¥ 12345

⑨自己負担額 金額の頭に¥マークを付けてください。

千 百 万 十 千 百 十 円
00000 ¥ 0

金融機関名

00

店舗名

銀行・金庫
協同・信組 00

口座名義人

本店・本所
出張所
支店

株式会社00義肢店

必ず記入して下さい。

⑩預金種別

1 1普通
3当座

⑪口座番号

1234567

⑫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 (右ゾメ)
10000000000

⑬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

カワシキカイシャギン

ゆうちょ銀行の場合、記入して下さい。

⑭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

ゆうちょ銀行の口座の場合は、口座名義人は30文字以内で記入してください。

⑮ 義肢等補装具の名称	単価	⑯数量	⑰金額 金額の頭に¥マークを付けてください 千 百 万 十 千 百 十 円	備考
右上腕義手 (殻構造・装飾用)	12345 円	001	00 ¥ 12345	

必ず記入して下さい。

義肢等補装具の製作・修理を行った業者 株式会社 00義肢店

受取
人
情
報

⑱郵便番号

100-0000

⑲住所 東京都港区赤坂0-0-0

⑳名称・名前 株式会社00義肢店

費用の受領を業者に委任する場合、その業者について記入して下さい。

元号 年 月 日
7平成 9令和 9030401

委
任
状

私は、義肢等補装具製作業者 株式会社 00義肢店

を代理人と定め、私が、請求する表記の費用につき労災保険から支給される金額の受領を委任します。

委任者の住所 東京都千代田区霞が関1-2-2

(申請者)

氏名 労災 太郎

令和 4年 4月 1日

⑳の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

費用の受領を業者に委任する場合、必ず記入して下さい。

具の費用を請求します。

⑲郵便番号

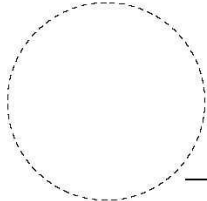
100-8916

電話 03-1234-5678 局番

⑲住所 東京都千代田区霞が関1-2-2 () 方

⑲氏名 労災 太郎

被災労働者本人(承認通知を受けた方)について記入します。



〇 年 〇 月 〇 日

請求人の

東京 労働局長 殿

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
修理

費用内訳書

(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 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 (5 0)</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。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
申請書記載事項 1~5 と照合のこと。	本件承認してよろしいか。	交 付 年 月 日	承 認 書 契 印	
署 名	局 長	年 月 日	(蓋 印)	
照 合 責 任 者 印	部 長	承 認 番 号		
	課 長	No. (整)		
	補 佐			
	係 長			