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

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	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	ー

○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 37500　①管轄局 □□

② 労働保険番号 府県 1 所掌 3 管轄 1 基幹番号 0 1 1 2 3 4 枝番号 5 6 0 0 0

③ 年金証書番号 管轄局 1 種別 3 西暦年 0 2 番号 4 1 2 3 4

④生年月日 1明治 3大正 5昭和 7平成 9令和 5 5 0 0 7 3 0（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 9 0 4 1 2 0 1（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

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）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　令和5年 7 月 3 日

(ウ) 障害等級　第 4 級第 4 号

(エ) 治ゆ年月日　令和6 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 0 1 1 0

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 1

新規の場合は「1」継続の場合は「3」錠数・容量変更の場合は「5」を記入してください。 ⑩新継別 1

□ の一覧から選んで下さい。

0110	義肢（筋電電動義手を除く）	0120	筋電電動義手				下肢装具及び靴型装具
0300	体幹装具	0400	姿勢保持装置	0500	視覚障害者安全つえ	0600	義眼
0710	矯正用眼鏡	0720	コンタクトレンズ	0730	弱視用眼鏡	0800	点字器
0900	補聴器	1000	人工喉頭	1100	車椅子	1200	電動車椅子
1300	歩行器	1410	男性用収尿器	1420	女性用収尿器	1430	人工膀胱用収尿器
1500	ストマ用装具	1600	歩行補助つえ	1700	かつら	1800	浣腸器付排便剤
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	2200	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				

⑪ 義肢等補装具の名称　右上腕義手（殻構造・能動式）

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。）

⑫左右の別 3 1左 3右 5両方

⑬数量 0 0 1

⑭き損年月日 7平成 9令和（1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ）

前回受給年月日　年　月　日

希望補装具業者
名称　株式会社 ○○義肢製作所　電話番号 00（0000）0000
郵便番号 100－0000
住所　東京都港区赤坂○－○－○

指導機関 希望採型
名称　○○病院

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

（注意）
1．前回受給年月日については、義肢等補装
2．業務上の事由又は通勤等により義肢等を　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
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。

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

東京 労働局長 殿

⑮郵便番号 1 0 0 - 8 9 1 6

電話 03-1234-5678 局 番

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。）

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（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

※ 帳票種別 37500　①管轄局 □□

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	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	ー	

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。
(例) カ゛ハ゜

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

② 労働保険番号 府県 1 所掌 3 管轄 1 基幹番号 0 1 1 2 3 4 枝番号 5 6 0 0 0

③ 年金証書番号 管轄局 1 種別 3 西暦年 0 2 番号 2 1 2 3 4

④生年月日 1明治 3大正 5昭和 7平成 9令和 5 5 0 0 7 3 0（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 7 2 9 1 2 0 1（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 □□□□□□□

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）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）等支給決定年月日　平成30年 7 月 1 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。）

(オ) 傷病名　右上腕骨切断　(カ) 障害の部位　右上腕

修理又は交換箇所　ソケット（熱硬化性樹脂）交換、義手用ハーネス一式交換

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 0 1 1 0

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 3

新規の場合は「1」継続の場合は「3」錠数・容量変更の場合は「5」を記入してください。 ⑩新継別 □

の一覧から選んで下さい。

0110	義肢（筋電電動義手を除く）	0120	筋電電動義手	021		装具及び靴型装具	
0300	体幹装具	0400	姿勢保持装置	0500	視覚障害者安全つえ	0600	義眼
0710	矯正用眼鏡	0720	コンタクトレンズ	0730	弱視用眼鏡	0800	点字器
0900	補聴器	1000	人工喉頭	1100	車椅子	1200	電動車椅子
1300	歩行器	1410	男性用収尿器	1420	女性用収尿器	1430	人工膀胱用収尿器
1500	ストマ用装具	1600	歩行補助つえ	1700	かつら	1800	浣腸器付排便剤
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	2200	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				

⑪ 義肢等補装具の名称　右上腕義手（殻構造・能動式）

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 3 1左 3右 5両方　⑬数量 0 0 1

⑭き損年月日 7平成 9令和 9 0 6 0 8 0 1（1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ）

必ず記入して下さい。

前回受給年月日　令和元年 12 月 1 日

希望補装具業者	名称	株式会社 ○○義肢製作所　電話番号 00（0000）0000
	郵便番号	100－0000
	住所	東京都港区赤坂○－○－○
指導機関	希望採型	
	名称	○○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。

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

東京 労働局長 殿

⑮郵便番号 1 0 0 - 8 9 1 6　電話 03-1234-5678 局番

住所 東京都千代田区霞が関１－２－２（　方）

氏名 労災 太郎

■

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（購入）

様式第1号(1)（裏面）

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6 年 8 月 1 日　　②職種　〇〇業

③き損義肢等の種目　右上腕義手（殻構造・能動式）　　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　〇〇株式会社　〇〇 〇〇

記 事 欄

記 載 例

様式第1号(2)

就労状況等に関する申立書

令和　〇　年　〇　月〇　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〇で囲んでください。）

(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　6　年4　月　1日
事業の名称　〇〇株式会社
事業場の所在地　東京都千代田区霞が関〇－〇－〇
事業主の氏名　〇〇　〇〇

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（「ハローワーク受付票の写し」、「公共職業訓練等受講証明書の写し」等）を添付するか、以下の項目について記載してください。

〇 主な求職活動の状況

記 載 例

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) 年　　齢	40歳
(3) 申請者との続柄	弟

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。

記 載 例

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6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	株式会社〇〇義肢製作所

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　６　年　５　月　１　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(1)

労働者災害補償保険 第　回

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	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	ー

○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 3 7 5 3 0

※①管轄局

※②委任・未支給 3 未支給 7 義肢等補装具業者委任 8 未支給の義肢等補装具業者委任

※③受付年月日 元号 年 月 日 9 令和

※④支給種目 種目 枝番

※⑤金融機関コード 金融機関 店舗

※⑥郵便局コード

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

⑦承認番号 1 2 3 4 5 6 7 8

⑧請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。 ¥3456000

⑨自己負担額 金額の頭に¥マークを付けてください。 ¥0

必ず記入して下さい。

金融機関名 ○○

店舗名 (銀行・金庫・農協・漁協・信組) ○○ (本店・本所・出張所・支店・支所)

口座名義人 株式会社○○義肢製作所

⑩預金種別 1 (1普通 3当座)

⑪口座番号 1 2 3 4 5 6 7

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 1 0 番号 1

ゆうちょ銀行の場合、記入して下さい。

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

カブシキガイシャ　ギシセイサク

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	備考
右上腕義手（殻構造・能動式）	345600 円	1	¥345600	

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 ○○義肢製作所

受取人情報

⑫郵便番号 1 0 0 - 0 0 0 0

㉓住所 東京都港区赤坂○－○－○

㉔名称・名前 株式会社○○義肢製作所

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。

⑱受領年月日 元号 年 月 日 7 平成 9 令和 9 0 6 0 8 0 1

委任状

私は、義肢等補装具製作業者 株式会社 ○○義肢製作所 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。 令和 6 年 8 月 1 日

委任者の住所（申請者） 東京都千代田区霞が関1－2－2

氏名 労災　太郎

費用の受領を業者に委任する場合、必ず記入して下さい。

装具の費用を請求します。

○ 年○ 月 ○ 日

請求人の

東京　労働局長　殿

⑲郵便番号 1 0 0 - 8 9 1 6

電話 03-1234-5678 局 番

⑳住所 東京都千代田区霞が関1－2－2 (方)

㉑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。

◎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 殻構造義肢の名称・型式等	ア．名称	手指義手					
	イ．採型区分	その他（装飾用）					
	ウ．型式	A-7					
② 価格内訳	使用材料・部品、型式等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考	
エ．基本価格	A-7	その他	2	▲▲▲▲	■■■■		
オ．ソケット							
カ．ソフトインサート							
キ．支持部							
ク．義手用ハーネス及び義足懸垂用部品並びに断端袋							
ケ．外装							
コ．完成用部品	手先具D装飾手袋 6%加算	○○社製 ×× 	4	▲▲▲▲	■■■■ ■■■■		
③ 合計金額	￥ ○○○，○○○						

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、告示別表の1(1)又は告示別表の3(1)により記入すること。

3 使用部品名は、コ.完成用部品についてのみ、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「殻構造義肢」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 修理 費用内訳書

（骨格構造義肢用）

① 骨格構造義肢の名称・型式等	ア．名称	左下腿義足					
	イ．採型区分	PTB式					
	ウ．型式	B−4					
② 価格内訳		使用材料・部品、型式等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考
エ．基本価格		B−4 PTB式		1	▲▲▲▲	■■■■	
オ．ソケット		B−4 熱硬化性樹脂 B−4 カーボンストッキネット加算		1 1	▲▲▲▲ ▲▲▲▲	■■■■ ■■■■	
カ．ソフトインサート		B−4 皮革・軟性発砲樹脂		1	▲▲▲▲	■■■■	
キ．支持部		下腿義足用		1	▲▲▲▲	■■■■	
ク．義手用ハーネス及び義足懸垂用部品並びに断端袋		義足懸垂用部品一式交換 義足懸垂用部品下腿義足用PTBカフベルト一式		1 1	▲▲▲▲ ▲▲▲▲	■■■■ ■■■■	
ケ．外装		下腿義足用 フットカバー加算		1 1	▲▲▲▲ ▲▲▲▲	■■■■ ■■■■	
コ．完成用部品		義足調製用部品 コネクタ	○社製 ×× ○社製 ××	1	▲▲▲▲	■■■■	
		外装用部品 フォームカバー B下腿用		1	▲▲▲▲	■■■■	
		外装用部品 ストッキネット B下腿用	○社製 ××	1	▲▲▲▲	■■■■	
		その他 その他の部品 Aフットカバー	○社製 ××	1	▲▲▲▲	■■■■	
		その他 その他の部品 Bスペクトラソックス	○社製 ××	1	▲▲▲▲	■■■■	
		6%加算				■■■■	
③ 合計金額		￥ ○○○，○○○					

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、告示別表の1(2)又は告示別表の3(2)により記入すること。

3 使用部品名は、コ.完成用部品についてのみ、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「骨格構造義肢」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

（上肢装具、下肢装具及び体幹装具用）

① 装具の区分、名称等	ア. 区分	下肢装具
	イ. 名称	短下肢装具
	ウ. 採型区分	A-6　採型・採寸

② 価格内訳	名称、種類等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考
エ. 基本価格	下肢装具用A-6 採寸		1	▲▲▲▲	■■■■	
オ. 本体価格（レディメイドの場合）						
カ. 継手	足継手（片側）プラスチック継手		1	▲▲▲▲	■■■■	
キ. 支持部	下腿支持部　C硬性2熱可塑性樹脂 足部　B足部4硬性（熱可塑性樹脂）		1 1	▲▲▲▲ ▲▲▲▲	■■■■ ■■■■	
ク. その他の加算要素						
ケ. 完成用部品	6%加算				■■■■	
③ 合計金額	￥ ○○○，○○○					

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、告示別表の1(3)、(4)又は告示別表の3(3)、(4)により記入すること。
3 使用部品名は、ケ.完成用部品についてのみ、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「装具」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(5)

義肢等補装具 購入・修理 費用内訳書

（靴型装具用）

① 装具の区分、名称等	ア．区分	靴型装具					
	イ．名称						
	ウ．採型区分	B−2				採型・採寸	
② 価格内訳	名称、種類等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考	
エ．基本価格	B−2	採型	2	▲▲▲▲	■■■■		
オ．本体価格（レディメイドの場合）							
カ．患足	短靴		2	▲▲▲▲	■■■■		
キ．健足							
ク．付属品等の加算要素	月形の延長 トウボックス補強 補高 足底の補正	（敷き革式） （ロッカーバー）	2 2 2 2	▲▲▲▲ ▲▲▲▲ ▲▲▲▲ ▲▲▲▲	■■■■ ■■■■ ■■■■ ■■■■		
ケ．完成用部品	６%加算				■■■■		
③ 合計金額	￥ ○○○，○○○						

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、告示別表の1(3)、(4)又は告示別表の3(3)、(4)により記入すること。
3 使用部品名は、ケ.完成用部品についてのみ、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「装具」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(6)

義肢等補装具 購入 修理 費用内訳書

（姿　勢　保　持　装　置　用）

① 価格内訳	身体部位、名称及び種類等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考
ア. 基本価格	体幹部－採寸		1	▲▲▲▲	■■■■	
	骨盤・大腿部－採寸		1	▲▲▲▲	■■■■	
イ. 支持部						
ウ. 支持部の連絡						
エ. 構造フレーム						
オ. 付属品						
カ. 調節機構						
キ. 完成用部品	支持部・体幹部	○社製 ××	1	▲▲▲▲	■■■■	
	支持部・骨盤・大腿部	○社製 ××	1	▲▲▲▲	■■■■	
	６%加算				■■■■	
② 合計金額		￥ ○○○，○○○				

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　身体部位、名称及び種類等の種別は、告示別表の1(5)又は告示別表の3(5)により記入すること。
3　使用部品名は、キ.完成用部品についてのみ、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「姿勢保持装置」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(7)

義肢等補装具 購入・修理 費用内訳書

（車　椅　子　用）

① ア．車椅子の型式	自走用					
② 価格内訳	名称、種類等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考
イ．基本価格	標準(上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部)		1	▲▲▲▲	■■■■	
ウ．本体価格	自走用(オーダーメイド)		1	▲▲▲▲	■■■■	
エ．機構加算						
オ．構造部品加算	バックサポート　張り調節式 フットサポート　中折式 アームサポート（片側） 独立型着脱式 駆動輪・主輪　着脱式		1 1 2 1	▲▲▲▲ ▲▲▲▲ ▲▲▲▲ ▲▲▲▲	■■■■ ■■■■ ■■■■ ■■■■	
カ．付属品	背クッション 転倒防止措（キャスタ付き） 転倒防止措置（折り畳み構造加算） ハンドリム（滑り止め） 6%加算		1 1 1 2	▲▲▲▲ ▲▲▲▲ ▲▲▲▲ ▲▲▲▲	■■■■ ■■■■ ■■■■ ■■■■ ■■■■	
③ 合計金額		¥ ○○○，○○○				

注）　1　この内訳書は、車椅子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、告示別表の1(6)又は告示別表の3(6)により記入すること。
　　3　使用部品名について、カ.付属品で姿勢保持装置の完成用部品を使用する場合、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「姿勢保持装置」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(8)

義肢等補装具 購入 修理 費用内訳書

（電動車椅子用）

① 電動車椅子の名称、型式	ア．名称	簡易型					
	イ．型式	切替式					
② 価格内訳	名称、種類等の種別	使用部品名	数量	単価 円	金額 円	備考	
ウ．基本価格							
エ．本体価格							
オ．機構加算							
カ．構造部品加算	フットサポート交換（片側） タイヤ交換（片側） チューブ交換（片側）		2 2 2	▲▲▲▲ ▲▲▲▲ ▲▲▲▲	■■■■ ■■■■ ■■■■		
キ．付属品	6%加算				■■■■		
③ 合計金額	￥ ○○○，○○○						

注） 1 この内訳書は、電動車椅子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、告示別表の1(7)又は告示別表の3(7)により記入すること。

3 使用部品名について、キ.付属品で姿勢保持装置の完成用部品を使用する場合、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準に係る完成用部品」の「姿勢保持装置」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 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	申請者の住所
労災　太郎 （ 50 ）	**東京都千代田区霞が関1－2－2**

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

(有)・　無

②　筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無

(有)・　無

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の可否について

(可)・　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。

記 載 例

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	申請者の住所
労災 太郎 （ 50 ）	東京都千代田区霞が関1－2－2

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 6 年5 月 1日 ～ 令和 6 年5 月15 日

訓 練 実 日 数： 14 日

訓練の修了状況 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 6 年5 月 1日 ～ 令和6 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

有 ・ 無

② 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無

有 ・ 無

（裏面に続く）

様式第 12 号（2）（裏面）

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。

記 載 例

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	申請者の住所
労災 太郎　（ 50 ）	東京都千代田区霞が関1－2－2

報告事項	装着訓練は○○○○のため、中止した。

記　載　例（支給種目によって(1)～(4)があります）

様式第 18 号(1)

令和 ○ 年　○月　○ 日

労　働　局　長　殿

○○病院

医師　○○ ○○

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

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　○○○　＋○○　○○

申請受付番号	

記 載 例

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　〇　年　〇月　〇　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

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
13	1	01	1234456	000

2．負傷（発病）　令和4 年　7 月　1日

治　　ゆ　令和5 年　12 月　1 日

3．傷 病 名　左上肢切断

傷害の部位　左上肢

4．障害等級　第　4 級　第　4　号

5．障害補償一時金又は障害一時金の受領　　年　　月　　日

障害補償年金又は障害年金の支給決定　令和6 年　2 月　1日

（年金証書　第　123456789　号）

6．外科後処置を受けたい医療機関名、所在地

医療機関名　〇〇病院

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まし

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）△△の〇〇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、〇〇病院で外科後処置を受けることを

希望する。

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。 局長 部長 課長 補佐 係長	交付年月日 年　月　日 承認番号 No.（整）	承認書契印	
署名					
照合責任者印					