

様式第1号(1) (表面)

義肢等補装具 購修 入理 費用支給申請書

※ 帳 票 種 別

①管轄局

37500

11

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	フ	ン
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	ン
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	ロ	ン
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ン

○濁点、半濁点  
は一文字とし  
て書いてくだ  
さい。  
(例)

力	〃	ハ	°
---	---	---	---

※印の欄は記入しないでください。  
(職員が記入します。)

労働保険 番号	② 府県庁所管 管轄 基幹 番号 枝番 番号 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 3 1 0 1 1 2 3 4 5 6 0 0 0</span> <span>年 証 書 号</span> </div>	③ 管轄局 種別 西暦年 番号 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 3 0 2 4 1 2 3 4</span> <span>年 証 書 号</span> </div>	
④ 生年月日 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>5 5 0 0 7 3 0</span> <span>昭和 平成 令和</span> </div>		⑤ 負傷又は発病年月日 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>9 0 4 1 2 0 1</span> <span>昭和 平成 令和</span> </div>	
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 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ロウサイ タロウ</span> <span></span> </div>		※⑥ 受付年月日 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>9 令和</span> <span></span> </div>	
(ウ) 障害等級 第 4 級 第 4 号 (エ) 治癒年月日 令和6年 5 月 1 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 令和5年 7 月 3 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			
⑧ 支給種目 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。			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 1 1 0</span> <span>購入の場合は「1」 修理の場合は「3」 を記入してください。</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1</span> <span>⑨ 購修別</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1</span> <span>新規の場合は「1」 継続の場合は「3」 ⑩ 新規別</span> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 1 1 0</span> <span>義肢 (筋電電動義手を除く)</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 1 2 0</span> <span>筋電電動義手</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 3 0 0</span> <span>体幹装具</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 4 0 0</span> <span>姿勢保持装置</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 7 0 0</span> <span>視覚障害者用点字つえ</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 8 0 0</span> <span>義眼</span> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 3 0 0</span> <span>矯正用眼鏡</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 7 2 0</span> <span>コンタクトレンズ</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 7 3 0</span> <span>弱視用眼鏡</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 8 0 0</span> <span>点字器</span> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 9 0 0</span> <span>補聴器</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 0 0 0</span> <span>人工喉頭</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 1 0 0</span> <span>車椅子</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 2 0 0</span> <span>電動車椅子</span> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 3 0 0</span> <span>歩行器</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 4 1 0</span> <span>男性用収尿器</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 4 2 0</span> <span>女性用収尿器</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 4 3 0</span> <span>人工膀胱用収尿器</span> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 5 0 0</span> <span>ストマ用装具</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 6 0 0</span> <span>歩行補助つえ</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 7 0 0</span> <span>かつら</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 8 0 0</span> <span>洗腸器付排便剤</span> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 9 0 0</span> <span>床ずれ防止用敷ふとん</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>2 0 0 0</span> <span>介助用リフター</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>2 1 0 0</span> <span>フローテーションパッド</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>2 2 0 0</span> <span>ギャッチベッド</span> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>2 3 0 0</span> <span>重度障害者用意思伝達装置</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>2 4 0 0</span> <span>人工内耳</span> </div> </div>			
⑪ 義肢等補装具の名称 右 上 腕 義 手 (設 構 造 ・ 能 動 式 )			
⑫ 左右の別 ⑬ 数量 ⑭ き損年月日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>3</span> <span>左 3右 5両方</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0 0 1</span> <span>7 平成 9 令和</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>1~9月は右へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ</span> </div> </div>			
⑮ 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 名称 ○○病院			
(注意) 1. 前回受給年月日については、義肢等補装具のき損状況等に関する証明に事業主の署名捺印を要する。2. 筋電電動義手の購入費用の支給申請をする場合は、(1) 購入費用の明細書 (2) 購入費用の領収書 (3) 購入費用の領収書の写しを添付してください。3. 筋電電動義手の購入費用の支給申請をする場合は、(1) 購入費用の明細書 (2) 購入費用の領収書 (3) 購入費用の領収書の写し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。

⑮ 郵便番号

100-8916

電話 03-1234-5678 局番

○ 年 ○ 月 ○ 日

住所 東京都千代田区霞が関1-2-2 (方)

氏名 労災 太郎

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

※ 帳票種別 ① 管轄局  
37500 □□

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	ハ
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" °

※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	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	9 令和 年 月 日																										
(ア) 障害(補償)等一時金の受領年月日 年 月 日																											
(ウ) 障害等級 第 4 級 第 4 号 (エ) 治癒 平成 年 月 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 ソケット(熱硬化性樹脂)交換、義手用ハーネス式交換																											
⑧ 支給種目		⑨ 購修別	⑩ 新縫別																								
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。 0110		購入の場合は「1」 修理の場合は「3」 を記入してください。 3	新規の場合は「1」 縫製の場合は「3」 縫製・交換の場合は「5」 を記入してください。 □																								
<table border="1"> <tr> <td>0110 義肢(筋電動義手を除く)</td> <td>0120 筋電動義手</td> <td>021 義肢及び靴型装具</td> </tr> <tr> <td>0300 体幹装具</td> <td>0400 姿勢保持装置</td> <td>0500 視覚障害者安全つえ</td> </tr> <tr> <td>0710 矯正用眼鏡</td> <td>0720 コンタクトレンズ</td> <td>0730 弱視用眼鏡</td> </tr> <tr> <td>0900 補聴器</td> <td>1000 人工喉頭</td> <td>1100 車椅子</td> </tr> <tr> <td>1300 歩行器</td> <td>1410 男性用収尿器</td> <td>1420 女性用収尿器</td> </tr> <tr> <td>1500 ストマ用装具</td> <td>1600 歩行補助つえ</td> <td>1700 かつら</td> </tr> <tr> <td>1900 床ずれ防止用敷ふとん</td> <td>2000 介助用リフター</td> <td>2100 フローテーションパッド</td> </tr> <tr> <td>2300 重度障害者用意思伝達装置</td> <td>2400 人工内耳</td> <td>2200 ギャッチベッド</td> </tr> </table>				0110 義肢(筋電動義手を除く)	0120 筋電動義手	021 義肢及び靴型装具	0300 体幹装具	0400 姿勢保持装置	0500 視覚障害者安全つえ	0710 矯正用眼鏡	0720 コンタクトレンズ	0730 弱視用眼鏡	0900 補聴器	1000 人工喉頭	1100 車椅子	1300 歩行器	1410 男性用収尿器	1420 女性用収尿器	1500 ストマ用装具	1600 歩行補助つえ	1700 かつら	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	2300 重度障害者用意思伝達装置	2400 人工内耳	2200 ギャッチベッド
0110 義肢(筋電動義手を除く)	0120 筋電動義手	021 義肢及び靴型装具																									
0300 体幹装具	0400 姿勢保持装置	0500 視覚障害者安全つえ																									
0710 矯正用眼鏡	0720 コンタクトレンズ	0730 弱視用眼鏡																									
0900 補聴器	1000 人工喉頭	1100 車椅子																									
1300 歩行器	1410 男性用収尿器	1420 女性用収尿器																									
1500 ストマ用装具	1600 歩行補助つえ	1700 かつら																									
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																									
2300 重度障害者用意思伝達装置	2400 人工内耳	2200 ギャッチベッド																									
⑪ 義肢等補装具の名称 右上腕義手(殻構造・能動式)																											
⑫ 左右の別	⑬ 数量	⑭ き損年月日	⑮ 前回受給年月日																								
3 左 3右 3両方	001	9060801	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 郵便番号 100-0000 住所 東京都港区赤坂○-○-○																										
指導機関	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。																											

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。

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

○ 年 ○ 月 ○ 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

右曲げる場合には、▲の所を谷に折りさらに2つ折りしてください。

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

# 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 6 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。

○ 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) 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



## 義肢等補装具購入費用請求書

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	フ	ム	ユ	ル	ロ	
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"。

帳票種別

37530

※①管轄局 ※②委任・未支給

□□

□□

※③受付年月日

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

□□ □□ □□ □□

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 万 百 十 千 百 十 円  
¥345600

⑨自己負担額 金額の頭に¥マークを付けてください。

千 万 百 十 千 百 十 円  
¥0

金融機関名

〇〇

店舗名

〇〇

口座名義人

本店・本所  
出展所  
支店・支所

株式会社〇〇義肢製作所

必ず記入して下さい。

⑩預金種別

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 (右ジメ)  
1□□□0□□□□□□□□

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"ラ"シキカ"イ"シヤ□□□ギ"シ"セ"ヤ

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

ク"シ"ヨ□□□□□□□□□□□□□□

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 万 百 十 千 百 十 円	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 〇〇義肢製作所

受  
取  
人  
情  
報

⑱郵便番号

100-0000

⑲住所 東京都港区赤坂〇-〇-〇

⑳名称・名前 株式会社〇〇義肢製作所

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。

㉑受領年月日

元 号 年 月 日  
7 平成 9 令和 9 060801委  
任  
状

私は、義肢等補装具製作者 株式会社 〇〇義肢製作所

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。

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

令和 6 年 8 月 1 日

費用の受領を業者に委任する場合、必ず記入して下さい。

該具の費用を請求します。

㉒郵便番号

100-8916

電話 03-1234-5678 局番

㉓住所 東京都千代田区霞が関1-2-2 ( 方)

㉔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。

請求人の

東京 労働局長 殿

②折り曲げる場合には、(A)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

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	1	▲▲▲▲	■●●●		
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	〇〇社製 ××	2	▲▲▲▲	■●●●		
	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、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 カーボンストック 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 × ×	1	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■		
	外装用部品 フォーム カバー B下腿用	○社製 × ×	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		¥ 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、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		1	▲▲▲▲	■●●●		
	足部 B足部 4硬性(熱可塑性樹 脂)		1	▲▲▲▲	■●●●		
ク. その他の加算要素							
ケ. 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、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 トゥボックス補強 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	¥ 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、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		体幹部一採寸		1	▲▲▲▲	■●●●	
		骨盤・大腿部一採寸		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	¥ 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 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
	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		1	▲▲▲▲	■●●●
		フットサポート 中折式		1	▲▲▲▲	■●●●
		アームサポート(片側)		2	▲▲▲▲	■●●●
		独立型着脱式 駆動輪・主輪 着脱式		1	▲▲▲▲	■●●●
	カ. 付 属 品	背クッション		1	▲▲▲▲	■●●●
		転倒防止措(キャスタ付き)		1	▲▲▲▲	■●●●
		転倒防止措置(折り畳み構造加算)		1	▲▲▲▲	■●●●
		ハンドリム(滑り止め)		2	▲▲▲▲	■●●●
		6%加算				■●●●
③	合 計 金 額	¥ 〇〇〇, 〇〇〇				

- 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。

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)		2	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■	
	タイヤ交換(片側)		2	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■	
	チューブ交換(片側)		2	▲▲▲▲	■ ■ ■ ■	
キ. 付属品						
	6%加算				■ ■ ■ ■	
③ 合計金額	¥ 〇〇〇, 〇〇〇					

- 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)

令和〇 年 〇 月 〇 日

〇 〇 労 働 局 長 殿

〇 〇 病 院  
診療所

医師 〇〇 〇〇

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 <b>労災 太郎</b> ( 50 )	申請者の住所 <b>東京都千代田区霞が関1-2-2</b>
<p>適合判定結果</p> <p>1 筋電電動義手を装着する上肢について</p> <p>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 <b>有</b> ・ 無</p> <p>② 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無 <b>有</b> ・ 無</p> <p>③ 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力の有無 <b>有</b> ・ 無</p> <p>④ ソケットを装着することができる断端の有無 <b>有</b> ・ 無</p> <p>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 <b>有</b> ・ 無</p> <p>2 筋電電動義手の使用の可否について <b>可</b> ・ 否</p> <p>判断理由</p> <p>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。</p> <p><b>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。</b></p>	



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  労災 太郎 ( 50 )	申請者の住所  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

○○ ○○  
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 労災 太郎 ( 50 )	申請者の住所 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

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

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					

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

2. 負傷(発病) 令和4 年 7 月 1 日

府県	所掌	管轄	基 幹 番 号	枝番号
13	10	11	23456	000

治 ゆ 令和5 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6 年 2 月 1 日

医療機関名 〇〇病院

(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	承認書契印	
署 名	年 月 日				
	承 認 番 号				
照 合 責任者印	No.( 整 )				