

【機密性 1】

基 発 0331 第 5 号
令和 7 年 3 月 31 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長

義肢等補装具費支給要綱の一部改正について

標記について、下記のとおり改正し、令和 7 年 4 月 1 日から適用することとしたので、事務処理に遺漏なきを期されたい。

記

- 1 別添新旧対照表のとおりとする。
- 2 別表 1（義肢等補装具費購入費用の支給対象者及び支給範囲。以下同じ）の支給種目②上肢装具、下肢装具及び靴型装具中の「上肢装具又は下肢装具」を「上肢装具、下肢装具又は靴型装具」に改める。
- 3 別表 1 の支給種目⑨補聴器中の「耐用年数を超えたものを有する」の後に「者」を加える。
- 4 別表 1 の支給種目⑪車椅子、⑳介助用リフター及び㉔ギャッチベッド中の「手押し型車椅子」を「介助用車椅子」に改める。

改正後	改正前
義肢等補装具費支給要綱 (平成 18 年 6 月 1 日付け基発第 0601001 号) 最終改正 <u>令和 7 年 3 月 31 日付け基発 0331 第 5 号</u> 1～14 (略) 15 旅費の支給 (1) (略) (2) 範囲 (削除) <u>ア 旅費として支給する費用は、一般に必要と認められるもので、申請者が現実に支出する費用とし、その範囲は、日本国内の旅行であって、必要と認められる限り、回数に制限を付さないものとする。</u> <u>イ 自家用自動車を使用して移動した場合であって、実費の算定が困難な場合の費用は、1 キロメートルにつき、37 円とし、路程の算定は、当該地域の地理的条件に照らして、最も合理的と認められる経路及びキロ数による。</u> <u>ウ～カ (削除)</u> (3) 手続	義肢等補装具費支給要綱 (平成 18 年 6 月 1 日付け基発第 0601001 号) 最終改正 <u>令和 6 年 6 月 27 日付け基発 0627 第 1 号</u> 1～14 (略) 15 旅費の支給 (1) (略) (2) 範囲 旅費は、<u>最も経済的な通常の経路及び方法により旅行した場合の旅費により計算するものとし、その範囲は、日本国内の旅行であって、次のとおりとする。</u> <u>なお、必要と認められる限り、回数に制限を付さないものとする。</u> <u>ア 旅費の種類は、鉄道賃、船賃、車賃及び宿泊料とする。</u> <u>イ 鉄道賃及び船賃については、普通旅客運賃を支給する。また、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については急行料金を支給し、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については特別急行料金を支給する。</u> <u>ウ 車賃は、1 キロメートルにつき、37 円とする。</u> <u>エ 宿泊料は、地理的事情等により宿泊の必要が認められる場合に限り、1 夜につき 8,700 円の範囲内におけるその実費額（飲酒、遊興費、その他これらに類する費用を除く。）とする。</u> <u>オ 定期券及び回数券等、運賃の割引を受けることができる場合の運賃の額は、その実費額を支給する。</u> <u>カ 旅費の支給について、本要綱の規定により難しい事情がある場合には、国家公務員等の旅費に関する法律（昭和 25 年法律第 114 号）及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及び方法により旅行した場合における旅費を支給する。</u> (3) 手続

改正後	改正前
ア 旅費の支給を受けようとする者は、「義肢等補装具旅費 支給申請書」（様式第 10 号(1)）を所轄局長に<u>提出すること。</u> イ 所轄局長は、当該申請を受けた場合には、対象者等の要件を満たしているか否かを判断の上、「義肢等補装具旅費支給承認・不承認決定決議書」により承認決定等を行い、その旨を「義肢等補装具旅費支給承認・不承認決定のお知らせ」（様式第 10 号(2)）により通知するものとする。 ウ 所轄局長は、<u>旅行の必要性について義肢採型指導医等に対して意見を求める必要があると認める場合には、「意見照会書」（様式第 20 号）により照会を行い、「意見照会に対する回答書」（様式第 21 号）の提出を受けることとする。</u> エ 承認決定等の内容に変更があった場合には、その旨を「義肢等補装具旅費の変更決定のお知らせ」（様式第 10 号(3)）により通知するものとする。 オ 承認決定等については、処分性が認められるため、行政事件訴訟法等の適用に関しては、上記 8 の（４）アと同様に取り扱うこととする	旅費の支給を受けようとする者は、「義肢等補装具旅費支給申請書」（様式第 10 号(1)）を所轄局長に<u>提出する。</u> 所轄局長は承認の可否の判断の際、当該申請を受けた場合には、対象者等の要件を満たしているか否かを判断の上、「義肢等補装具旅費支給承認・不承認決定決議書」により承認決定等を行い、その旨を「義肢等補装具旅費支給承認・不承認決定のお知らせ」（様式第 10 号(2)）により通知するものとする。 所轄局長は、承認の可否の判断の際、旅行の必要性について義肢採型指導医等に対して意見を求める必要があると認める場合には、「意見照会書」（様式第 20 号）により照会を行う。<u>照会を受けた義肢採型指導医等は、「意見照会に対する回答書」（様式第 21 号）を所轄局長へ提出する。</u> また、承認決定等の内容に変更があった場合には、その旨を「義肢等補装具旅費の変更決定のお知らせ」（様式第 10 号(3)）により通知するものとする。 なお、承認決定等については、処分性が認められるため、行政事件訴訟法等の適用に関しては、上記 8 の（４）アと同様に取り扱うこととする。
（４）～（５）	（４）～（５）（略）
16～19 （略）	16～19 （略）
20 施行期日 （１）～（18）（略） <u>（19）令和 7 年 3 月 31 日付け基発 0331 第 5 号による改正後の本要綱は、令和 7 年 4 月 1 日（以下「基準日」という。）から施行する。令和 7 年 3 月 31 日付け基発 0331 第 5 号による改正後の要綱の 15 の規定は、基準日以後に出発する旅行及び基準日以後に完了する旅行のうち基準日以後の期間に対応する分について適用し、当該旅行のうち基準日前の期間に対応する分については、なお従前の例によること。</u>	20 施行期日 （１）～（18）（略） （新設）

別添

義肢等補装具費支給要綱

1 趣旨

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害により傷病を被った者（以下「被災労働者」という。）等にあつては、両上下肢の亡失、機能障害等により義肢その他の補装具等（以下「義肢等補装具」という。）を必要とすることがあることにかんがみ、これらの者の社会復帰の促進を図るため、労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号。以下「労災保険法」という。）第 29 条第 1 項の社会復帰促進等事業として義肢等補装具の購入又は修理に要した費用を支給する。

2 支給種目

義肢等補装具の購入に要した費用（以下「購入費用」という。）として支給できる種目は、次のとおりである。

なお、①－②の筋電電動義手は、「義肢等補装具支給要綱の改正等について」（平成 20 年 3 月 31 日付け基発第 0331005 号）の記の第 1 の 2 に示す特別種目として購入費用を支給するものとする。

- ① 義肢
- ①－② 筋電電動義手
- ② 上肢装具、下肢装具及び靴型装具
- ③ 体幹装具
- ④ 姿勢保持装置
- ⑤ 視覚障害者安全つえ
- ⑥ 義眼
- ⑦ 眼鏡（コンタクトレンズを含む）
- ⑧ 点字器
- ⑨ 補聴器
- ⑩ 人工喉頭
- ⑪ 車椅子
- ⑫ 電動車椅子
- ⑬ 歩行器
- ⑭ 収尿器
- ⑮ ストマ用装具
- ⑯ 歩行補助つえ
- ⑰ かつら
- ⑱ 浣腸器付排便剤
- ⑲ 床ずれ防止用敷ふとん
- ⑳ 介助用リフター

- ②① フローテーションパッド(車椅子及び電動車椅子用に限る。以下同じ。)
- ②② ギャッチベッド
- ②③ 重度障害者用意思伝達装置

3 支給基準

(1) 対象者及び範囲

ア 購入費用を支給する対象者及び範囲は、「別表 1 義肢等補装具購入費用の支給対象者及び対象範囲」(以下「別表 1」という。)に定めるところによる。

イ 別表 1 の「障害(補償)等給付を受けると見込まれる者」とは、障害(補償)等給付の請求から支給決定まで相当期間を要する場合において、当該請求の時点で義肢等補装具の支給要件を満たすことが明らかである者をいう。

ウ 次の者は、別表 1 において「障害(補償)等給付を受けた者」とみなして取り扱う。

(ア)労働者災害補償保険法の一部を改正する法律(昭和 35 年法律第 29 号)の規定による改正前の労災保険法の規定による打切補償費を受けた者で傷病が治ゆし、義肢等補装具を必要とする程度の障害を残したもの

(イ)労働者災害補償保険法の一部を改正する法律(昭和 40 年法律第 130 号)の規定による改正前の労災保険法の障害補償費等の支給を受けた者

(ウ)時効により障害(補償)等給付の支給を受けることができない者

(エ)労災保険法に規定する第三者行為による災害について損害賠償を受けたため障害(補償)等給付を受けることができない者

(2) 型式及び価格等

購入費用の支給の対象となる型式及び価格等の基準は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成 17 年法律第 123 号。以下「障害者総合支援法」という。)第 5 条第 25 項及び第 76 条第 2 項の規定に基づく「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」(平成 18 年厚生労働省告示第 528 号)の別表(以下「告示別表」という。)の 1 に定めのある種目(名称)については、これによることとし、告示別表の 1 に定めのない種目(名称)については、「別表 2 支給基準」(以下「別表 2」という。)に定めるところによる。

(3) 耐用年数が経過する前の購入費用の再支給

ア 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」という。)

は、本要綱に定める耐用年数を経過する前に使用不能となった義肢等補装具を有する者から義肢等補装具の購入に要する費用の支給申請があった場合には、義肢等補装具の購入又は修理を行おうとする者(以下「申請者」という。)の職業、作業態様、日常の使用状況、障害の状態等を勘案の上、通常の使用状態においてき損し(本人の故意による事故によって生じた場合を除く。)、修理不能となったものと認められるものに限って購入費用を

支給できる。

なお、修理不能とは、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をいう。

また、修理不能に該当しない義肢等補装具であっても、当該義肢等補装具の修理に要する費用が、告示別表の1及び別表2に定める価格を超えるものと認められる場合には、当該義肢等補装具の購入費用を支給して差し支えないものとする。

イ 「義肢」、「上肢装具、下肢装具及び靴型装具」、「視覚障害者安全つえ」、「義眼」、「車椅子」及び「歩行補助つえ」について、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、修理不能又は使用不能となったときは、当該義肢等補装具（以下「旧使用の義肢等補装具」という。）が社会復帰促進等事業として購入費用を支給された義肢等補装具であるか否かは問わず、新たに購入費用を支給する。

なお、旧使用の義肢等補装具が社会復帰促進等事業により購入費用を支給されたものでない場合には、上記の事由により購入費用を支給した義肢等補装具が、その後告示別表の1及び別表2に定める耐用年数を超えたときであっても、新たに社会復帰促進等事業により義肢等補装具の購入費用の支給は行わない。

4 修理基準

（1）義肢等補装具の修理に要した費用（以下「修理費用」という。）を支給できる種目は、次のとおりである。

- ① 義肢
- ①－2 筋電電動義手
- ② 上肢装具、下肢装具及び靴型装具
- ③ 体幹装具
- ④ 姿勢保持装置
- ⑤ 視覚障害者安全つえ
- ⑥ 眼鏡（コンタクトレンズを除く）
- ⑦ 補聴器
- ⑧ 人工喉頭
- ⑨ 車椅子
- ⑩ 電動車椅子
- ⑪ 歩行器
- ⑫ 収尿器
- ⑬ 歩行補助つえ
- ⑭ 介助用リフター
- ⑮ フローテーションパッド
- ⑯ 重度障害者用意思伝達装置
- ⑰ 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(1)に掲げる義肢等補装具(「⑰ 人工内耳(人工内耳用音声信号処理装置)」については、療養(補償)等給付により装着されたものに限る。)が、通常の使用状態においてき損した場合又は経年により劣化した場合等に支給する。

ただし、次に掲げる場合には、修理費用を支給しない。

ア 本人の故意による事故によって生じたき損の場合

イ 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

(3) 修理の範囲

ア 修理は、告示別表の3に定めのある種目については、これに定めるところによることとし、告示別表の3に定めのない種目については、「別表3 修理基準」(以下「別表3」という。)に定めるところによる。

なお、告示別表の3及び別表3の種目欄、名称欄、型式欄又は修理部位欄に定めのないものに係る修理が必要な場合には、他の類似種目の修理部位等を参考とし、又はそれらの個々について原価計算による見積り若しくは市場価格に基づき適正な額を決定し、修理に要する費用として支給することができる。

イ 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、耐用年数の範囲内において回数に制限を付さない。

5 基準外支給

やむを得ない事情により必要があると認めるときは、別途定めるところにより、上記2の支給種目の範囲内において、上記3の支給基準及び上記4の修理基準並びに下記8の支給の手續に基づかない購入費用又は修理費用の支給をすることができる。ただし、本要綱に定める支給基準及び修理基準並びに支給の手續では必要最小限の目的すら達せられない場合に限り認められるものである。

6 研究用支給

適正な支給の研究を実施するため、必要に応じ研究用支給を行うことができる。

なお、研究用支給の支給基準等については、別途定める。

7 海外支給

本要綱に定める「義肢」又は「車椅子」の支給対象者であって、海外に居住しているものについて、所轄局長は、別途定めるところにより、当該者が海外の居住地で購入した「義肢」又は「車椅子」の費用を支給することができる。

8 支給の手續

(1) 申請

申請者は、「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」(様式第1号(1))。以

下「申請書」という。)を所轄局長に提出する。

なお、別表1の①－2のイの片側上肢切断者に係る筋電電動義手の購入費用の支給申請において、就労状況を要件とするものにあつては、申請書に「就労状況等に関する申立書」(様式第1号(2))を添付する。

また、別表1の②③の介助用リフターの購入又は修理を行おうとするに当たっては、申請書に「介護人等の状況報告書」(様式第1号(3))を添付する。

(2) 障害の確認

所轄局長は、申請者の障害について、社会復帰促進等事業原票(「外科後処置の実施について」(昭和56年2月6日付け基発第69号)の別添「外科後処置実施要綱」(以下「外科後処置実施要綱」という。))の様式第6号)又は労働基準行政システム等(以下「原票等」という。))により確認を行う。

なお、原票等により、確認できない場合には、申請者の居住地の市町村が設置する福祉事務所(社会福祉法(昭和26年法律第45号)に定める福祉に関する事務所をいう。以下同じ。)等に照会し確認を行う。

(3) 耐用年数の確認

社会復帰促進等事業により、義肢等補装具の購入費用の支給を受け、その後、障害者総合支援法に基づき補装具費の支給を受けた者に係るその後の耐用年数の経過の確認は、次により行い、申請書裏面の記事欄に耐用年数経過確認済の記載を行う。

ア 所轄局長は、身体障害者手帳等により耐用年数の確認が容易に可能な場合、当該手帳により必要事項の確認を行う。

イ アにより確認ができなかった場合には、申請者の居住地の市町村が設置する福祉事務所等に照会し確認を行う。

(4) 承認等

ア 所轄局長は、申請者が上記3の支給基準又は上記4の修理基準の要件を満たす者であるか否かを判断の上、承認・不承認の決定(以下「承認決定等」という。)を行い、その旨を「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」(様式第2号(1))又は「義肢等補装具購入・修理費用支給不承認決定通知書」(様式第2号(2))により通知するものとする。

また、承認決定等については、処分性が認められるため、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)、行政不服審査法(平成26年法律第68号)、行政手続法(平成5年法律第88号)の適用がある。

このため、所轄局長は、次のとおり事務を行うこととする。

(ア) 義肢等補装具費を支給するに当たっての承認決定等は、行政不服審査法第1条に規定する処分であるものとして、審査請求の対象として取り扱うこと。

(イ) 義肢等補装具費を支給するに当たっての承認決定等に関する審査は、当該決定をした所轄局長の上級庁である厚生労働大臣が行うこと。

なお、再審査請求は行うことができないものであること。

(ウ) 承認決定等を行う際は、その相手方に対し、「義肢等補装具購入・修理

費用支給承認決定通知書」(様式第2号(1))又は「義肢等補装具購入・修理費用支給不承認決定通知書」(様式第2号(2))をもって、行政不服審査法に基づく審査請求及び行政事件訴訟法に基づく取消訴訟の提起ができる旨の教示を行うこと。その際は、不服申立て手続の有無に関係なく、取消訴訟の提起が可能であることに留意すること。

(エ) 義肢等補装具費を支給するに当たっての申請を不承認とする場合には、「義肢等補装具購入・修理費用支給不承認決定通知書」(様式第2号(2))に当該決定の理由を付記する、又は理由を明記した別紙を添付して通知すること。

イ 所轄局長は、筋電電動義手のうち、別表1の①-2のアの両上肢切断者に係る筋電電動義手については、下記9(1)イの「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))に基づき、また、別表1の①-2のイの片側上肢切断者に係る筋電電動義手については、上記(1)の「就労状況等に関する申立書」(様式第1号(2))及び下記9(1)イの「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))に基づき、申請者が上記3の支給基準又は上記4の修理基準の要件を満たす者であるか否かを判断するものとする。

ウ 所轄局長は、下記10の症状照会が必要な義肢等補装具の支給に当たっては、症状照会の結果に基づいて上記3の支給基準又は上記4の修理基準の要件を満たしているか判断の上、承認した申請者に対して当該義肢等補装具に係る「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」(様式第2号(1))を交付する際に、「症状照会に対する回答書」(様式第18号(1)～(4))の写しを添付するものとする。

(5) 発注

承認を受けた申請者は、速やかに義肢等補装具の製作又は修理等を行う業者(以下「義肢等補装具事業者」という。)に「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」(様式第2号(1))を提示し、告示別表の1及び3並びに別表2及び別表3に定める範囲内において、義肢等補装具の購入又は修理に係る発注を行う。

なお、下記10の症状照会が必要な義肢等補装具については、「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」(様式第2号(1))に「症状照会に対する回答書」(様式第18号(1)～(4))の写しを添付して提示する。

また、当該発注を取りやめた場合には、申請者が所轄局長に対し、その旨を直ちに報告する。

(6) 引渡し

ア 義肢等補装具の引渡しの際、申請者は義肢等補装具事業者に義肢等補装具の購入費用又は修理費用を支払い、義肢等補装具事業者は申請者に領収書を発行する。

この際、義肢等補装具事業者は、「義肢等補装具購入・修理費用内訳書」(様式第8号(2)～(8)) (義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子及び電動車椅子

子の製作又は修理を行った場合に限る。)、義肢採型指導医が交付した「証明書」(様式第7号)(下記11の採型指導を行った場合に限る。)を申請者に渡す。

イ 申請者は、義肢等補装具の購入費用又は修理費用につき、支給される金額の代理受領を義肢等補装具事業者に委任することができる。この場合、申請者は、義肢等補装具事業者に費用(下記13の(1)の範囲内の金額に限る。)を支払う必要はない。

(7) 差額自己負担

告示別表の1及び3並びに別表2及び別表3に定める種目、名称、型式、基本構造等の要件を満たすものであるが、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下記13の(1)の範囲の金額を超えることとなる場合には、告示別表の1及び3並びに別表2及び別表3に定める価格との差額を申請者が負担することとして、義肢等補装具の購入費用又は修理費用の支給対象とすることは差し支えない。

また、ギャッチベッドに係る購入費用の支給承認を受けた申請者については、別表1に定める電動式ギャッチベッドの支給基準を満たしていない場合であっても、告示別表の1及び3並びに別表2に定める手動式ギャッチベッドの支給価格との差額を申請者が負担することとして、電動式ギャッチベッドの支給対象とすることは差し支えない。

(8) 支給基準等に基づかない製作等

義肢等補装具事業者は、申請者の障害の状態等を勘案してやむを得ない事情により、上記3の支給基準及び上記4の修理基準に基づかない製作又は修理を行う必要があると思われる場合、速やかに所轄局長に報告を行う。

9 筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間及び適合判定等

(1) 装着訓練、試用装着期間における指導等及び適合判定の依頼

筋電電動義手の支給に当たっては、確実に筋電信号を検出し、的確に訓練を行い、実際に申請者が筋電電動義手を使用可能であるか等を的確に判断する必要がある、次により装着訓練、試用装着期間における指導等(以下「装着訓練等」という。)及び適合判定の実施を依頼する。

ア 所轄局長は、筋電電動義手の購入に要する費用の支給申請を受け付けたときは、申請者に対し、「外科後処置申請書」(外科後処置実施要綱の様式第1号)を提出させ、外科後処置実施要綱の2の対象者として「外科後処置承認決定通知書」(外科後処置実施要綱の様式第3号(1))を交付するとともに、下記(2)の医療機関のうち申請者が希望する医療機関に対し、両上肢切断者にあつては「両上肢切断者に係る装着訓練及び適合判定の実施依頼書」(様式第3号(1))により、また、片側上肢切断者にあつては「片側上肢切断者に係る装着訓練等及び適合判定の実施依頼書」(様式第3号(2))により装着訓練等及び適合判定の実施を依頼する。

イ 筋電電動義手の装着訓練及び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装着訓練及び適合判定の終了後、速やかに、「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)）又は「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)）により、所轄局長に対し報告する。

ウ 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又は明らかに上記 3 の支給基準を満たさないことが判明した場合には、「装着訓練中止報告書」（様式第 13 号）により、所轄局長に対し報告する。

（2）装着訓練等及び適合判定を実施する医療機関の届出等

ア 両上肢切断者に係る筋電電動義手の装着訓練及び適合判定を実施する医療機関又は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を実施する医療機関（以下、これらの医療機関を「実施医療機関」という。）は、下記 11（3）において指定する義肢採型指導医であって、次の（ア）又は（イ）の要件に該当する医療機関とし、当該医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に届出を行う。

（ア）労災保険法第 29 条第 1 項の社会復帰促進等事業として設置された病院
（イ）社会復帰促進等事業として外科後処置に係る委託契約を締結している病院又は診療所

イ アの実施医療機関に係る届出を行おうとする医療機関は、当該医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に「筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定実施医療機関に係る届出書」（様式第 14 号）（以下「届出書」という。）を提出する。

なお、提出後、提出した届出書の内容に変更が生じた場合には、届出書を提出した都道府県労働局長に遅滞なく「筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定実施医療機関に係る変更届出書」（様式第 15 号）（以下「変更届出書」という。）を提出する。

ウ 届出書又は変更届出書の提出があった都道府県労働局長は、本省に報告を行う。

（3）筋電電動義手の装着訓練の期間及び片側上肢切断者に係る筋電電動義手の試用装着期間

ア 装着訓練の期間

（ア）筋電電動義手の装着訓練の期間は、前腕切断者については原則として 4 週間以内、上腕切断者については原則として 6 週間以内とする。

（イ）上記（ア）の装着訓練の期間については、装着訓練を担当する医師が、訓練期間を延長すれば確実に筋電電動義手の使用が可能であると判断する場合には、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、また、ソケット適合のために日数を要する場合にはさらに最大 2 週間延長することができる。

イ 片側上肢切断者に係る筋電電動義手の試用装着期間

片側上肢切断者に係る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等を踏まえ、医学的に必要な期間とする。

また、実施医療機関は、試用装着期間において、月に1回程度、申請者に対して指導等を行うものとする。

(4) 能動式義手の装着訓練

ア 能動式義手の装着訓練の期間は、前腕切断者については原則として4週間以内、上腕切断者については原則として6週間以内とする。

イ 上記アの装着訓練の期間については、装着訓練を担当する医師が、訓練期間を延長すれば確実に能動式義手の使用が可能であると判断する場合には、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、また、ソケット適合のために日数を要する場合にはさらに最大2週間延長することができる。

ウ 能動式義手と筋電電動義手の装着訓練を併せて行う場合の装着訓練の期間は、前腕切断者については原則として8週間以内、上腕切断者については原則として10週間以内とする。

エ 上記ウの装着訓練の期間については、装着訓練を担当する医師が、訓練期間を延長すれば確実に能動式義手及び筋電電動義手の使用が可能であると判断する場合には、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、また、ソケット適合のために日数を要する場合にはさらに最大2週間延長することができる。

10 症状照会

申請者の身体障害の状態の程度及び当該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、症状照会を実施する。

(1) 申請者の症状照会は、次に掲げる種目に対して行う。

下記①については、申請の都度、下記①以外は、原則、新規申請の際に症状照会を行う。

なお、下記③については、薬剤の銘柄又は用量を変更する場合についても症状照会を行う。

- ① 眼鏡（コンタクトレンズに限る）
- ② ストマ用装具
- ③ 浣腸器付排便剤
- ④ 重度障害者用意思伝達装置

(2) 所轄局長は、上記(1)に掲げる義肢等補装具の購入に要する費用の支給申請を受け付けた場合、申請者の診療担当医療機関に対して、申請者の「症状照会書」（様式第16号）により、症状照会を行う。

なお、上記(1)①又は③（申請者が薬剤の銘柄又は用量の変更を希望する場合のみ）に係る購入に要する費用の支給申請を受け付けた場合、所轄局長は、診療担当医療機関において検査を受けさせるため、あらかじめ診療担当医療機関に連絡して検査の日時を決定し、その旨を申請者に「検査診断依頼書」（様式第17号）により連絡すること。

(3) 症状照会を受けた医療機関は、申請者の「症状照会に対する回答書」（様式

第 18 号(1)～(4)) について所轄局長へ提出する。

11 採型指導

(1) 採型指導は、次に掲げる種目に対して行う。

- ① 義肢
- ② 筋電電動義手
- ③ 上肢装具、下肢装具及び靴型装具
- ④ 体幹装具
- ⑤ 姿勢保持装置
- ⑥ 車椅子
- ⑦ 電動車椅子

(2) 採型指導の依頼

ア 所轄局長は、上記(1)の義肢等補装具の購入に要する費用の支給申請について承認を行ったときは、労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター及び労災保険指定医療機関の中から都道府県労働局長が指定した医療機関（以下「義肢採型指導医」という。）のうち、申請者が希望する医療機関に対して、「採型指導依頼書」（様式第5号）により採型指導を依頼する。

なお、採型指導の依頼は、修理費用の支給又は購入費用の再支給の場合においても、必要に応じて行う。

イ 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事業者に対して採型結果に基づいた指導を行う。

なお、車椅子及び電動車椅子の採型指導に当たっては、申請者の障害に応じて必要な種類、部品及び付属品の選択について指導を行う。

(3) 義肢採型指導医の指定

ア 義肢採型指導医の指定は、医療機関からの申請に基づいて行う。

イ 義肢採型指導医の指定を受けようとする医療機関は、当該医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に「義肢採型指導委託申請書」（様式第6号）を提出する。

ウ イの申請書には、当該医療機関の概要を記した書類、当該医療機関の全体の平面図及び配置図、義肢採型指導担当医の医師免許証の写し、略歴及び国立障害者リハビリテーションセンター学院の実施する義肢装具等適合判定医師研修会（以下「研修会」という。）の修了証書の写しを添付する。

エ 次の要件を全て満たす医療機関から義肢採型指導医を指定する。

(ア) 労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター又は労災保険指定医療機関で整形外科診療若しくは主としてリハビリテーション医療を行う医療機関であること。

(イ) 上記(ア)の医療機関において、整形外科又はリハビリテーション医療について2年以上の専門研究の経験を有し、かつ、その期間も含め5

年以上の臨床経験を有するものであって、研修会を修了した医師が、実際に義肢等補装具の採型指導を行うものであること。

(ウ) 本要綱で定める義肢採型指導料の額で義肢採型指導を行うものであること。

オ 都道府県労働局長は、採型指導医の指定をするときは、別紙 1 の契約書例を参考に当該採型指導医と義肢採型指導に係る委託契約を締結する。

カ 本要綱の実施日（平成 18 年 6 月 1 日）以前に義肢採型指導医として指定している医療機関については、本契約を締結しているものとして取り扱う。

(4) 義肢等補装具の製作等に係る検査

義肢等補装具事業者は、義肢等補装具を製作又は修理したときは、当該義肢等補装具を上記（2）イの義肢採型指導医に提示して検査を受けるものとし、当該義肢採型指導医は、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」（様式第 7 号）を義肢等補装具事業者に交付する。

12 費用の請求

(1) 義肢等補装具の購入費用又は修理費用を義肢等補装具事業者に支払った申請者は、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」（様式第 8 号(1)）及び「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」（様式第 2 号(1)）の写しを所轄局長に提出する。

(2) 申請者が、義肢等補装具の購入費用又は修理費用の代理受領を義肢等補装具事業者委任する場合には、義肢等補装具事業者が必要事項を記載した「義肢等補装具購入・修理費用請求書」（様式第 8 号(1)）及び「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」（様式第 2 号(1)）の写しを渡し、申請者に代わり義肢等補装具事業者が、所轄局長に当該書類等を提出する。

(3) 申請者又は申請者から購入等の費用の代理受領の委任を受けた義肢等補装具事業者は、上記（1）又は（2）で提出する書類に、次のものを添付する。

ア 「義肢等補装具購入・修理費用内訳書」（様式第 8 号(2)～(8)）（義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子又は電動車椅子に係る購入費用又は修理費用を請求する場合に限る。）

イ 義肢採型指導医が交付した「証明書」（様式第 7 号）（上記 11 の採型指導を行った場合に限る。）

ウ 領収書（申請者が義肢等補装具の購入費用又は修理費用を義肢等補装具事業者を支払った場合に限る。）

(4) 義肢採型指導医は、義肢採型指導料を請求しようとするときは、「義肢採型指導料請求書」（様式第 9 号）を所轄局長に提出する。

(5) 上記 9 の筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定を行った医療機関は、装着訓練等及び適合判定に係る費用を請求しようとするときは、外科後処置実施要綱の 5（4）の外科後処置に要した費用として、装着訓練等及び適合判

- 定を依頼した都道府県労働局の労働保険特別会計の官署支出官に請求する。
- (6) 上記 10 の症状照会に対する回答を行った医療機関は、症状回答料を請求しようとするときは、「症状回答料請求書」(様式第 19 号)を所轄局長に提出する。
- (7) 下記 15 の(3)の旅行の必要性についての意見照会に対する回答を行った義肢採型指導医等が、意見書回答料を請求しようとするときは、「意見書回答料請求書」(様式第 22 号)を所轄局長に提出する。

13 費用の額

(1) 購入及び修理

ア 義肢等補装具の購入費用又は修理費用の額の基準は、告示別表の 1 及び 3 並びに別表 2 及び別表 3 に定める上限価格の 100 分の 106 に相当する額の範囲内とする。

イ 告示別表の 1 の(4)の装具(レディメイド)の購入費用の額の基準は、前項の規定にかかわらず、告示別表の 1 の規定による上限価格の 100 分の 100 に相当する額とする。

ウ 次に掲げる購入費用又は修理費用の額の基準は、前 2 項の規定にかかわらず、告示別表の 1 及び 3 並びに別表 2 及び別表 3 に定める上限価格の 100 分の 110 に相当する額の範囲内とする。

(ア) 告示別表の 1 の(8)のその他の表に掲げる眼鏡(遮光用及び弱視用を除く。)の支給

(イ) 告示別表の 1 の(8)のその他の表に掲げる歩行補助つえ(プラットホーム杖に限る。)の支給

(ウ) 別表 2 のかつらの支給

(エ) 別表 2 の浣腸器付排便剤の支給

(オ) 別表 2 の床ずれ防止用敷ふとんの支給

(カ) 別表 2 のフローテーションパッドの支給

(キ) 告示別表の 3 の(1)のエの表に掲げる断端袋の交換

(ク) 告示別表の 3 の(2)のエの表に掲げる断端袋の交換

(ケ) 告示別表の 3 の(8)のその他の表の視覚障害者安全つえの項に掲げるマグネット付き石突交換

(コ) 告示別表の 3 の(8)のその他の表の眼鏡の項に掲げる枠交換(遮光用及び弱視用に係るものを除く。)

(サ) 告示別表の 3 の(8)のその他の表の眼鏡の項に掲げるレンズ交換(遮光用レンズ及び遮光矯正用レンズに係るものを除く。)

(シ) 告示別表の 3 の(8)の補聴器の項に掲げる重度難聴用イヤホン交換、眼鏡型平面レンズ交換、骨導式ポケット型レシーバー交換、骨導式ポケット型ヘッドバンド交換、ワイヤレスマイク充電用 A C アダプタ交換及びイヤホン交換

(ス) 別表 3 の人工喉頭の項中気管カニューレ交換及び充電器交換

- (セ) 告示別表の 3 の (6) の車椅子の表の付属品の項に掲げる付属品交換
(別表の 1 の (6) のエの (ウ) の表に掲げるクッション (カバー付き)、
背クッション、枕 (レディメイド)、テーブル、杖たて、栄養パック取付
用ガードル架、点滴ポール、日よけ、雨よけ、スポークカバー及びリフ
レクタの交換に限る。ただし、オーダーメイドで製作されたものを除く。)
- (ソ) 告示別表の 3 の (7) の電動車椅子のアの表のスイッチの項に掲げる
延長スイッチ交換、バッテリーの項に掲げるバッテリー交換 (リチウムイオ
ン電池)、充電器の項に掲げる外部充電器交換及び付属品の項に掲げる付
属品交換 (告示別表の 1 の (7) のエの (ウ) の表に掲げるジョイスティ
ックノブの交換に限る。)並びにイの表のスイッチの項に掲げるスイッ
チゴム交換及び延長スイッチ交換、バッテリーの項に掲げるバッテリー交換
(リチウムイオン電池) 及びバッテリー交換 (ニッケル水素電池) 並びに
充電器の項に掲げる外部充電器交換
- (タ) 別表 3 の収尿器に係る交換
- (チ) 告示別表の 3 の (8) のその他の表の歩行補助つえの項に掲げる凍結
路面用滑り止め (非ゴム系) 交換
- (ツ) 別表 3 の介助用リフターに係る交換及び修理
- (テ) 別表 3 のフローテーションパッドに係る交換
- (ト) 告示別表の 3 の (8) の重度障害者用意思伝達装置の項に掲げる本体
修理、固定台 (アーム式又はテーブル置き式) 交換、入力装置固定具交
換、呼び鈴交換、呼び鈴分岐装置交換、接点式入力装置 (スイッチ) 交
換、帯電式入力装置 (スイッチ) 交換、筋電式入力装置 (スイッチ) 交
換、光電式入力装置 (スイッチ) 交換、呼気式 (吸気式) 入力装置 (ス
イッチ) 交換、圧電素子式入力装置 (スイッチ) 交換、空気圧式入力装
置 (スイッチ) 交換、視線検出式入力装置 (スイッチ) 交換及び遠隔制
御装置交換並びに別表 3 の重度障害者用意思伝達装置の項に掲げる注視
点検出ユニット交換、C C D カメラ交換、赤外線照射セット交換及び C
C D カメラ用リモコン雲台交換
- (ナ) 告示別表の 3 の (8) のその他の表の人工内耳の項に掲げる人工内耳
用音声信号処理装置修理
- エ 国、地方公共団体、日本赤十字社、社会福祉法人又は一般社団法人若し
くは一般財団法人の設置する義肢等補装具事業者が製作した義肢等補装具
を購入又は修理する場合の上記ア又は前項の費用の額の基準は、上記ア又
は前項の規定にかかわらず、それぞれ上記ア又は前項に掲げる額の 100 分
の 95 に相当する額とする。
- オ 告示別表の 1 及び 3 並びに別表 2 及び別表 3 に定める義肢等補装具の価
格には荷造運搬料 (浣腸器付排便剤を除く。)、使用方法の説明及び指導等
の要する費用を含むものとする。
- なお、所轄局長は、荷造運搬料を別途請求されたときは、義肢等補装具
の製品代が正当と認められる場合に限り、義肢等補装具の製品代と運搬料

の合算額が告示別表の 1 及び 3 並びに別表 2 及び別表 3 に定める価格を超えない範囲で、これを義肢等補装具の価格に含めて支給できる。

(2) 義肢採型指導料

ア 義肢採型指導医が請求できる義肢採型指導料（車椅子及び電動車椅子は除く。）の額は、採型指導に必要な資材費を含み、義肢等補装具を装着する 1 肢につき、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）の規定による「診療報酬の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号。以下「診療報酬の算定方法」という。）の別表第 1 医科診療報酬点数表に定める義肢採型法（義肢の場合）又は治療用装具採型法（装具の場合）の点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とする。

なお、次の場合には、各項に掲げる区分を適用する。

(ア) 採寸を行った場合

治療用装具採寸法（1 肢につき）

(イ) 手指及び足指切断に係る採型を行った場合

義肢採型法の四肢切断の場合（1 肢につき）

(ウ) 硬性以外の体幹装具に係る採型を行った場合

義肢採型法の四肢切断の場合（1 肢につき）

(エ) 姿勢保持装置に係る採型を行った場合

治療用装具採型法の体幹装具

イ 車椅子及び電動車椅子の義肢採型指導料の額は、採型指導に必要な資材費を含み、車椅子又は電動車椅子 1 台につき、「診療報酬の算定方法」の別表第 1 医科診療報酬点数表に定める診療情報提供料（Ⅱ）の点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とする。

ウ 義肢採型指導料は、義肢等補装具の採型に伴う診察料、資材費等一切の費用を含むものとし、初診料等を別途請求することはできない。

(3) 装着訓練料等及び適合判定料

装着訓練等及び適合判定に要する費用は、原則として、外科後処置実施要綱の 6 の「費用の算定方法」により算定した額とするが、次の場合には、「診療報酬の算定方法」の別表第 1 医科診療報酬点数表に定める区分の点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とする。ただし、アについては、「労災診療費算定基準について」（昭和 51 年 1 月 13 日付け基発第 72 号）において定める点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とし、試用装着期間中、医療機関で申請者に対して行った指導等についても、これと同様に算定した額とする。

ア 筋電電動義手の装着訓練（装着訓練 20 分当たり 1 単位とし、1 日 6 単位までとする。）

運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（医師による場合）

イ 筋電電動義手の適合判定

診療情報提供料（Ⅱ）

ウ 練習用仮義手の処方、採型、装着及び調整等（訓練用仮義手 1 個につき 1 回限りとする。）

練習用仮義足又は仮義手の義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1 肢につき）

エ 練習用仮義手のソケット

告示別表の 1 に定めるところによる

（4）症状回答料

症状照会に対する回答に要する費用は、「診療報酬の算定方法」の別表第 1 医科診療報酬点数表に定める診療情報提供料（Ⅱ）の点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とする。

なお、検査料に要する費用は、「診療報酬の算定方法」の別表第 1 医科診療報酬点数表に定める点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とする。

（5）意見書回答料

下記 15 の（3）の旅行の必要性に係る「意見照会に対する回答書」1 通につき、7,000 円とする。

（6）端数調整

算定した額に 1 円未満の端数があるときは、その端数は切り捨てる。

14 費用の支払

（1）支給決定

義肢等補装具の購入費用及び修理費用、義肢採型指導料、症状回答料並びに意見書回答料に係る請求書が提出されたときは、上記 13 の費用の額に定める要件を満たすものであり、かつ、義肢等補装具の購入費用及び修理費用については、告示別表の 1 及び 3 並びに別表 2 及び別表 3 に定める種目、名称、型式、基本構造等の要件を満たすものであるかを確認の上、義肢等補装具の購入費用及び修理費用については「義肢等補装具購入・修理費用支給決定決議書」により、義肢採型指導料及び症状回答料については「採型指導料・症状回答料支給決定決議書」により、意見書回答料については「意見書回答料支給決定決議書」により、それぞれ決裁の事務を行う。

（2）支出事務

義肢等補装具の購入費用及び修理費用、義肢採型指導料、症状回答料並びに意見書回答料については、外国送金及び義肢等補装具費の現金払（以下「当地払」という。）のものを除き、本省において支出事務を行う。

また、外国送金及び当地払に係るものを支出するときは、「支出負担行為支出決定決議書」により、都道府県労働局において決裁の事務を行う。

（3）支出負担行為の整理区分

支出負担行為等取扱規則第 14 条の規定による支出負担行為の整理区分は、同規則別表甲号「25 保険金の類」とする。

(4) 支出項目

義肢等補装具の購入費用及び修理費用、義肢採型指導料、症状回答料並びに意見書回答料は、(項) 社会復帰促進等事業費 (目) 補装具等支給費から支出する。

(5) (2) の決裁に必要な書類

ア 義肢等補装具の購入費用及び修理費用の支出

(ア) 「義肢等補装具購入・修理費用請求書」(様式第 8 号(1))

(イ) 「義肢等補装具購入・修理費用支給決定決議書」

イ 義肢採型指導に要する費用の支出

(ア) 「義肢採型指導料請求書」(様式第 9 号)

(イ) 「採型指導料・症状回答料支給決定決議書」

ウ 症状照会に要する費用の支出

(ア) 「症状回答料請求書」(様式第 19 号)

(イ) 「採型指導料・症状回答料支給決定決議書」

エ 意見照会に要する費用の支出

(ア) 「意見書回答料請求書」(様式第 22 号)

(イ) 「意見書回答料支給決定決議書」

15 旅費の支給

(1) 対象者

旅費は、次の者に支給する。

ア 義肢、上肢装具、下肢装具、靴型装具、体幹装具、姿勢保持装置、車椅子、電動車椅子又はかつらの採型若しくは装着のため旅行する者

イ 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のため旅行する者

ウ 能動式義手に係る装着訓練のため旅行する者

エ 義眼の装嵌のため旅行する者

オ 眼鏡(コンタクトレンズに限る。)又は浣腸器付排便剤の購入費用の支給に係る検査のため旅行する者

カ 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者

(2) 範囲

ア 旅費として支給する費用は、一般に必要と認められるもので、申請者が現実に支出する費用とし、その範囲は、日本国内の旅行であって必要と認められる限り、回数に制限を付さないものとする。

イ 自家用自動車を使用して移動した場合であって、実費の算定が困難な場合の費用は、1 キロメートルにつき、37 円とし、路程の算定は、当該地域の地理的条件に照らして、最も合理的と認められる経路及びキロ数による。

(3) 手続

ア 旅費の支給を受けようとする者は、「義肢等補装具旅費支給申請書」(様式第 10 号(1))を所轄局長に提出すること。

イ 所轄局長は、当該申請を受けた場合には、対象者等の要件を満たしているか否かを判断の上、「義肢等補装具旅費支給承認・不承認決定決議書」により承認決定等を行い、その旨を「義肢等補装具旅費支給承認・不承認決定のお知らせ」(様式第 10 号(2))により通知するものとする。

ウ 所轄局長は、旅行の必要性について義肢採型指導医等に対して意見を求める必要があると認める場合には、「意見照会書」(様式第 20 号)により照会を行い、「意見照会に対する回答書」(様式第 21 号)の提出を受けることとする。

エ 承認決定等の内容に変更があった場合には、その旨を「義肢等補装具旅費の変更決定のお知らせ」(様式第 10 号(3))により通知するものとする。

オ 承認決定等については、処分性が認められるため、行政事件訴訟法等の適用に関しては、上記 8 の(4)アと同様に取り扱うこととする。

(4) 旅費の概算払い

ア 所轄局長は、旅行前に旅費の支給を希望する労働者について、当該労働者の経済的事由により精算払いでは旅行することが困難であると認められる場合に限り、概算払いの承認決定を行うことができる。

イ 旅費の概算払いを受けた者は、旅行期間経過後、「義肢等補装具旅費精算申請書」(様式第 11 号)を所轄局長に提出し、精算を行う。

ウ 旅費の概算払いを受けた者が、相当期間経過するも旅行せず、又は旅行しないことが確実となったときは、所轄局長は当該者に支給済の旅費を返納させる。

(5) 旅費の支出事務

旅費に要する費用は、(項)社会復帰促進等事業費(目)社会復帰促進等旅費から支出することとし、支出事務については、上記 14 の(2)に準じて取り扱う。

16 申請者等に対する請求内容の事実確認

所轄局長は、義肢等補装具の購入費用又は修理費用の支給決定を行うに当たり、必要に応じて、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」(様式第 8 号(1))の記載内容(義肢等補装具の種目、型式、個数等)と、義肢等補装具事業者から申請者に引き渡された義肢等補装具の内容(種目、型式、個数等)が相違していないかを、申請者及び義肢等補装具事業者に事実確認する。

17 義肢等補装具に係る費用の返還

所轄局長は、偽りその他不正の手段により義肢等補装具の購入費用又は修理費用の支給を受けた者がいるときは、当該費用の全部を返還させることができる。

18 社会復帰促進等事業原票の記載

所轄局長は、被災労働者ごとに支給状況を明らかにするため社会復帰促進等事業原票に記載を行う。

19 被災労働者に対する周知

労働基準監督署長は、被災労働者の障害（補償）等給付又は傷病（補償）等年金の支給決定及び治ゆ等の時期をとらえて、義肢等補装具の購入費用又は修理費用の支給対象者となり得る被災労働者に対し、当該費用の支給に関する資料を交付し説明する等により制度の周知を行う。

20 施行期日

（１）平成 25 年 5 月 16 日付け基発 0516 第 2 号による改正後の本要綱は、平成 25 年 5 月 16 日から施行し、改正後の要綱 3 及び 4 並びに 9 の（１）、9 の（３）及び 9 の（４）の義肢等補装具の支給又は修理に係る改正については、施行後の申請に係る義肢等の支給又は修理について適用する。ただし、別表 2－2 の義肢等の支給又は修理に係るものについては、施行後に支出決定を行うものから適用する。

（２）平成 25 年 11 月 5 日付け基発 1105 第 1 号による改正後の本要綱は、平成 25 年 11 月 11 日から施行する。

なお、施行日前に受け付けた申請書については、改正前の要綱に基づき承認等の事務処理を行い、都道府県労働局において支出事務を行う。

（３）平成 26 年 3 月 31 日付け基発 0331 第 17 号による改正後の本要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行し、平成 26 年 4 月 1 日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。

（４）平成 26 年 4 月 21 日付け基発 0421 第 2 号による改正後の本要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行し、平成 26 年 4 月 1 日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。

（５）平成 26 年 7 月 2 日付け基発 0702 第 3 号による改正後の本要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行し、平成 26 年 4 月 1 日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。

（６）平成 27 年 5 月 12 日付け基発 0512 第 6 号による改正後の本要綱は、平成 27 年 4 月 1 日から施行し、平成 27 年 4 月 1 日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。

（７）平成 28 年 3 月 25 日付け基発 0325 第 41 号による改正後の本要綱は、平成 28 年 4 月 1 日から施行し、同日以降受け付けた請求書又は「義肢等補装具旅費支給申請書」に適用する。

- (8) 平成 28 年 5 月 10 日付け基発 0510 第 1 号による改正後の本要綱は、平成 28 年 5 月 10 日から施行し、平成 28 年 4 月 1 日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。
- (9) 平成 28 年 6 月 22 日付け基発 0622 第 3 号による改正後の本要綱は、平成 28 年 6 月 22 日から施行し、平成 28 年 4 月 1 日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。
- (10) 平成 29 年 4 月 21 日付け基発 0421 第 17 号による改正後の本要綱は、平成 29 年 4 月 21 日から施行し、平成 29 年 4 月 1 日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。
- (11) 平成 30 年 5 月 14 日付け基発 0514 第 40 号による改正後の本要綱は、平成 30 年 5 月 14 日から施行し、平成 30 年 4 月 1 日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。
- (12) 令和元年 5 月 20 日付け基発 0520 第 2 号による改正後の本要綱は、令和元年 5 月 20 日から施行し、平成 31 年 4 月 1 日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。ただし、平成 31 年 4 月 1 日から令和元年 5 月 19 日までに交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に関して、本要綱の改正後の価格が改正前の価格を下回る完成用部品について改正前の価格で費用請求された場合は、改正前の価格を適用して差し支えないこと。
- (13) 令和元年 9 月 30 日付け基発 0930 第 1 号による改正後の本要綱は、令和元年 10 月 1 日から施行し、同日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。
- (14) 令和 2 年 6 月 9 日付け基発 0609 第 1 号による改正後の本要綱は、令和 2 年 6 月 9 日から施行し、令和 2 年 4 月 1 日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。ただし、令和 2 年 4 月 1 日から令和 2 年 6 月 8 日までに交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に関して、本要綱の改正後の価格が改正前の価格を下回る完成用部品について改正前の価格で費用請求された場合は、改正前の価格を適用して差し支えないこと。
- (15) 令和 3 年 8 月 3 日付け基発 0803 第 2 号による改正後の本要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行し、令和 3 年 4 月 1 日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。ただし、令和 3 年 4 月 1 日から令和 3 年 8 月 2 日までに交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に関し

て、本要綱の改正後の価格が改正前の価格を下回る完成用部品について改正前の価格で費用請求された場合は、改正前の価格を適用して差し支えないこと。

- (16) 令和4年6月17日付け基発0617第2号による改正後の本要綱は、令和4年6月17日から施行し、令和4年4月1日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。ただし、令和4年4月1日から令和4年6月16日までに交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に関して、本要綱の改正後の価格が改正前の価格を下回る完成用部品について改正前の価格で費用請求された場合は、改正前の価格を適用して差し支えないこと。
- (17) 令和5年7月10日付け基発0710第2号による改正後の本要綱は、令和5年7月10日から施行し、令和5年4月1日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。ただし、令和5年4月1日から令和5年7月9日までに交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に関して、本要綱の改正後の価格が改正前の価格を下回る完成用部品について改正前の価格で費用請求された場合は、改正前の価格を適用して差し支えないこと。
- (18) 令和6年6月27日付け基発0627第1号による改正後の本要綱は、令和6年6月27日から施行し、令和6年4月1日以降に交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に適用する。ただし、令和6年4月1日から令和6年6月26日までに交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」に係る義肢等の支給又は修理に関して、本要綱の改正後の価格が改正前の価格を下回る完成用部品について改正前の価格で費用請求された場合には、改正前の価格を適用して差し支えないこと。
- (19) 令和7年3月31日付け基発0331第5号による改正後の本要綱は、令和7年4月1日（以下「基準日」という。）から施行する。令和7年3月31日付け基発0331第5号による改正後の要綱の15の規定は、基準日以後に出発する旅行及び基準日以後に完了する旅行のうち基準日以後の期間に対応する分について適用し、当該旅行のうち基準日前の期間に対応する分については、なお従前の例によること。

別表 1 義肢等補装具購入費用の支給対象者及び対象範囲

支給種目	購入費用の支給対象者 (各項目のいずれかに該当する者)	購入費用の 対象範囲	備考
① 義肢	(1) 上肢又は下肢の全部又は一部を亡失したことにより、労災保険法による障害補償給付、障害給付又は複数事業労働者障害給付（以下「障害（補償）等給付」という。）の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者 (2) 上肢又は下肢の全部又は一部を亡失したことにより、労災リハビリテーション医療指定施設又は「診療報酬の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）に基づき定められた「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）のうち、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出た医療機関のうち労災保険指定医療機関となっている医療機関において療養し、かつ、労災保険法による療養補償給付、療養給付又は複数事業労働者療養給付（以下「療養（補償）等給付」という。）を受けている者であって、症状固定後に障害（補償）等給付の支給決定を受けることが明らかであるもの (3) ⑪の車椅子の支給対象者の（1）から（4）のいずれかに該当する者又は⑫の電動車椅子の支給対象者の（1）から（4）のいずれかに該当する者で、特に必要と認められるもの (4) 既に装着していた義肢で、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものを有する者 (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あって、告示別表の 1 に定める耐用年数を超えたものを有する者	1 障害部位につき 2 本を支給対象とする。 原則、能動式及びその他（装飾用、作業用を含む。）の中から異なる型式のものを各 1 本ずつ支給対象とする。なお、申請者の希望、障害の状態を考慮し、必要に応じ、同一の型式のものを 2 本支給対象としても差し支えない。 ただし、①－2 の筋電電動義手の購入費用の支給を受ける者については、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 本とする。 き損した義肢 1 本につき 1 本を支給対象とする。 耐用年数を超えたもの 1 本につき 1 本を支給対象とする（骨格構造（モジュラー）義肢にあっては、耐用年数を超えた部品 1 個につき部品 1 個とする。）。	(1) 断端袋については、告示別表の 1 において、年間の上限額が定められていることから、年間の支給累計額の確認を行うため、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」という。）は、断端袋の購入費用の支給都度、社会復帰促進等事業原票の「備考」欄に、支給日及び支給額を記載すること。 (2) 練習用仮義肢については、療養の給付として行われるものであり、社会復帰促進等事業としては購入費用及び訓練費用を支給することはできない。 (3) 左欄支給対象者の（3）中の「特に必要と認められるもの」とは、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をいう。
①－2 筋電電動義手 ア 両上肢切断者	(1) 両上肢を手関節以上で失ったことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、次の要件を全て満たす者	1 人につき 1 本を支給対象とする。	(1) 「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。 (2) 「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」と

	ア 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 イ 筋電電動義手を使用するに足る判断力を有すること ウ 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力を有すること エ ソケットの装着が可能である断端を有すること (2) 1 上肢の全部又は一部を失うとともに、他上肢の用が全廃又はこれに準じた状態になったことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、上記（1）のアからエの要件を全て満たす者		は、筋電電動義手が筋電信号を制御信号として、筋電電動義手の手先装置の開閉を行うことから、手先装置の開閉を行うことのできる程度の筋電信号を発生させることができ、かつ、筋電信号の分離が可能であることをいう。 (3) 「筋電電動義手を使用するに足る判断力を有すること」とは、通常の事理弁識能力を有することをいい、担当医師の意見により判断すること。 (4) 「筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力を有すること」とは、筋電電動義手が比較的重量のある義手であることから、筋電電動義手を使用するためには、切断肢に筋電電動義手を装着して、当該義手を上下左右に移動させることが可能である程度の筋力を有していることをいう。 (5) 「ソケットの装着が可能である断端を有すること」とは、断端に筋電電動義手のソケットの適合や筋電信号の検出及び分離に支障を来たす皮膚障害（瘢痕又は皮膚植皮等）がないことをいう。 (6) 所轄局長は、筋電電動義手の購入費用の支給に当たっては、医師の意見を尊重すること。
イ 片側上肢切断者	1 上肢の全部又は一部を失ったことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、以下の（1）から（3）の要件を全て満たす者 (1) 次のアからウのいずれかに該当する者 ア 就労中（休職中を含む。）の者で、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もの イ 申請時において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る者（公共職業安定所への求職申込等就職活動中の者を含む。）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もの ウ 非切断肢側の上肢又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もの (2) 筋電電動義手の装着訓練及び試用装	1 人につき 1 本を支給対象とする。	(1) 左欄支給対象者の（1）のア中の「就労中（休職中を含む。）の者」又は（イ）の「就労が予定されている者」については、「就労状況等に関する申立書」（様式第 1 号(2)）により判断すること。 (2) 左欄支給対象者の（1）のウ中の「一定以上の障害」とは、「1 上肢の 3 大関節中の 1 関節の用を廃したものの」、「1 上肢に偽関節を残すものの」、「1 手の母指を含み 2 の手指又は母指以外の 3 の手指を失ったものの」、「1 手の母指を含み 3 の手指又は母指以外の 4 の手指の用を廃したものの」以上の障害をいう。 (3) 左欄支給対象者の（2）及び（3）については、「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)）により判断すること。 (4) 装着訓練及び試用装着期間における指導等については、本要綱 9 によ

	着期間における指導等並びに適合判定を実施する医療機関において、筋電電動義手の装着訓練を修了するとともに、試用装着期間を経過しているもの (3) 上記①－2のアの要件(1)のアからエを全て満たす者で、筋電電動義手を継続して使用することが可能であるもの		ること。
② 上肢装具、下肢装具及び靴型装具	(1) 上肢又は下肢の機能に障害を残すことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者 (2) 下肢装具について、⑪の車椅子の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する者又は⑫の電動車椅子の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する者で、特に必要と認められるもの (3) 既に装着していた上肢装具、下肢装具又は靴型装具で、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものを有する者 (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、下肢装具又は靴型装具であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者	1 障害部位につき2本を支給対象とする。 き損した上肢装具、下肢装具又は靴型装具1本につき1本を支給対象とする。 耐用年数を超えたもの1本につき1本を支給対象とする。	左欄支給対象者の(2)中の「特に必要と認められるもの」とは、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をいう。
③ 体幹装具	(1) せき柱に荷重障害を残すことにより、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者又は受けると見込まれる者 (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あって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者	1 人につき1個を支給対象とする。	
④ 姿勢保持装置	(1) 四肢又は体幹に著しい障害を残すことにより、障害等級第1級の障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者であって、座位、立位、臥位等の保持が不可能若しくは著しく困難な状態にあると認められるもの (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された姿勢保持装置であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者	1 人につき1台を支給対象とする。	姿勢保持装置は、脳血管障害等による四肢麻痺等の神経系の障害又は両上・下肢の欠損、機能障害のため、座位等の保持が不可能若しくは著しく困難な状態にあるものと認められる者に購入費用を支給するものであることから、所轄局長は、その判断に際して、必要に応じ、専門医又は診療担当医等の専門的意見を聴取する等の措置を講じること。
⑤ 視覚障害者安全つえ	(1) 両眼に視力障害を残すことにより、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者又は受けると見込まれる者 (2) 既に使用していた視覚障害者安全つ	1 人につき1本を支給対象とする。	視力障害の程度は、矯正視力により測定したものとする。

	えで、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、使用不能となったものを有する者 (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あって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者		
⑥ 義眼	(1) 1眼又は両眼を失明したことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者 (2) 既に装嵌していた義眼で、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、使用不能となったものを有する者 (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あって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者	失明した1眼につき1個を支給対象とする。	義眼装嵌のために要する診療は、社会復帰促進等事業の外科後処置として行うこと。
⑦ 眼鏡(コンタクトレンズを含む。)	(1) 1眼又は両眼に視力障害を残すことにより、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者又は受けると見込まれる者 (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あって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者	1障害につき1個を支給対象とする。	(1) 視力障害の程度は、矯正視力により測定したものとする。 (2) 所轄局長は、受給者の希望に応じて矯正眼鏡に代えてコンタクトレンズを支給対象とすることができるが、コンタクトレンズの購入費用の支給に当たっては、症状照会に対する回答書(様式第18号(1))により、装用が可能であるか確認すること。
⑧ 点字器	(1) 両眼に視力障害を残すことにより、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者又は受けると見込まれる者 (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あって、別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者	1人につき1台を支給対象とする。	視力障害の程度は、矯正視力により測定したものとする。
⑨ 補聴器	(1) 1耳又は両耳に聴力障害を残すことにより、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者又は受けると見込まれる者 (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あって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者	1障害につき1器を支給対象とする。	両耳の障害の場合であっても、1人につき1器を支給対象とする。
⑩ 人工喉頭	(1) 言語の機能を廃したことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者 (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あって、別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者	1障害につき1個を支給対象とする。	
⑪ 車椅子	(1) 両下肢の用を全廃又は両下肢を亡失したことにより、障害(補償)等給付	1人につき1台を支給対象とする。	(1) 車椅子は、両下肢の障害により義足又は下肢装具を使用しても歩行

	の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者であって、義足及び下肢装具の使用が不可能であるもの (2) 両下肢の用を全廃又は両下肢を亡失したことにより、療養（補償）等給付を受けている者（概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の者を除く。）であって、傷病が症状固定した後においても義足及び下肢装具の使用が不可能であることが明らかであるもの (3) 両下肢の用を全廃又は両下肢を亡失したことにより、労災保険法による傷病補償年金、傷病年金又は複数事業労働者傷病年金（以下「傷病（補償）等年金」という。）の支給決定を受けた者であって、当該傷病の療養のために通院している者で、義足及び下肢装具の使用が不可能であるもの (4) 片下肢の用を全廃又は片下肢を亡失したことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者であって、上肢の障害により義足及び下肢装具の使用が不可能であるもの (5) 既に使用していた車椅子で、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものを有する者 (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あって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者 (7) ⑫の電動車椅子の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する者で、特に必要と認められるもの (8) ⑫のギャッチベッドの支給対象者に該当する者で、特に必要と認められるもの		が不可能な者に購入費用を支給するものであることから、その判断に際し、所轄局長は、必要に応じ専門医又は診療担当医等の専門的意見を聴取する等の措置を講じること。 (2) 車椅子は、独力で使用することができない者には購入費用を支給しないこと（左欄支給対象者の(7)又は(8)に該当する場合を除く。）。 なお、左欄支給対象者の(7)又は(8)に該当する場合は、介助用車椅子の購入費用を支給すること。 (3) レバー駆動型車椅子は、レバー操作により片手で駆動できる車椅子であることから、片麻痺被災者等両手で車椅子を操作することが困難な者に購入費用を支給すること。 (4) 左欄支給対象者の(7)中の「特に必要と認められるもの」とは次の場合をいう。 ① 自動車により移動する際、電動車椅子の積載が不可能な場合 ② 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 (5) 左欄支給対象者の(8)中の「特に必要と認められるもの」とは、介助用車椅子が必要な場合をいう。 (6) 「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。 (7) 下記の付属品は、各々の付属品の支給要件を満たす者に購入費用を支給すること。 ① ステッキホルダー 歩行補助つえを併給されている者で、ステッキホルダーを必要とする場合 ② 泥よけ 未舗装路の走行を頻繁に行う者で、身体又は服の汚れを防止するために泥よけを必要とする場合 ③ 屋外用キャスター 屋外、不整地、段差の多い場所などで車椅子を使用することが多い者、又は、腰痛等の症状があり車椅子の振動により当該症状が悪化するおそれがある者で、屋外用キャスターに取り替える必要がある場合 ④ 転倒防止用装置 頸髄損傷者等で、筋肉の著しい
--	---	--	--

			低下等機能障害により体幹のバランスが悪く後方へ転倒するおそれがある場合 ⑤ 滑り止めハンドリム 握力又は筋肉の著しい低下等上肢に機能障害がある者で、滑り止めハンドリムに交換しなければ車椅子の使用が困難である場合 ⑥ キャリパーブレーキ 介助者が介助用車椅子の使用に当たって、介助用車椅子を頻繁に利用する道路等に登坂が多く支給対象者の安全を確保するために必要とする場合 ⑦ フットブレーキ 介助用車椅子の利用に当たって、介助者が手動ブレーキの使用が困難で支給対象者の安全を確保するために必要とする場合 ⑧ 酸素ボンベ固定装置 酸素ボンベを常用している呼吸機能障害者が、介助用車椅子を使用するに当たって、酸素ボンベ固定装置を必要とする場合 ⑨ 人工呼吸器搭載台 常時人工呼吸器を必要とする呼吸機能障害者が、介助用車椅子を使用するに当たって、人工呼吸器搭載台を必要とする場合 ⑩ 栄養パック取付用ガートル架 経管栄養により食事を摂取している者が、介助用車椅子を使用するに当たって、栄養パック取付用ガートル架を必要とする場合 ⑪ 点滴ポール 点滴を必要とする者が、介助用車椅子を使用するに当たって、点滴ポールを必要とする場合
⑫ 電動車椅子	(1) 両下肢及び両上肢に著しい障害を残すことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者であって、車椅子の使用が著しく困難であると認められるもの (2) 両下肢及び両上肢の傷病に関し、療養（補償）等給付を受けている者（概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の者を除く。）で、傷病が症状固定した後においても車椅子の使用が不可能であることが明らかに認められるもの (3) 両下肢及び両上肢に著しい障害を残	1人につき1台を支給対象とする。	(1) 電動車椅子の支給対象者は、高度の四肢麻痺等の障害のため、車椅子の使用が著しく困難な者であることから、所轄局長は、可能な限り実情に即して判断することとし、判断に際しては、専門医又は診療担当医等の専門的意見を聴取する等の措置を講じること。 (2) 電動車椅子は、重度障害者に購入費用を支給するものであるため、使用上の安全を期するため、利用施設の整備状況、操作の習熟の程度、安全に使用することができる能力の

	すことにより、傷病（補償）等年金の支給決定を受けた者であって、当該傷病の療養のために通院している者で、車椅子の使用が不可能であるもの (4) 片下肢の用を全廃又は片下肢を亡失したことにより、障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者であって、他方の下肢及び上肢の障害により、義足及び下肢装具の使用が不可能であって、車椅子の使用が著しく困難であると認められるもの (5) 業務災害又は通勤災害等により呼吸器又は循環器の障害を受けた者であって、次のア又はイのいずれかに該当し、かつ、車椅子の使用が著しく困難であると認められるもの ア 呼吸器又は循環器の障害により、傷病（補償）等年金第1級の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者 イ 呼吸器の障害により、障害（補償）等給付第1級の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、次のいずれかの要件に該当する者 (ア) 動脈血酸素分圧が50Torr以下であること (イ) 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 (ウ) 高度の呼吸困難が認められ、かつ、%1秒量が35以下又は%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あって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者		有無、介助の確保の状況等を十分考慮するとともに、在宅重度障害者に購入費用を支給する場合には、これらの施設等の整備が必ずしも十分とは言い難いことから、介助の状況、操作の習熟の程度、使用環境、重度障害者の日常生活上における電動車椅子の恒常的な必要性の有無等について、特に十分な検討及び指導を行うこと。 (3) 電動リフト式普通型電動車椅子は、職業上の必要性から電動車椅子の座面の高さの調整を必要とする者又は介護人と同居していない者であって当該電動車椅子を使用することにより自力乗降が可能となる者等に購入費用を支給すること。 (4) 下記の付属品は、各々の付属品の支給要件を満たす者に購入費用を支給すること。 ①ステッキホルダー 歩行補助つえを併給されている者で、ステッキホルダーを必要とする場合 ②屋外用キャスター 屋外、不整地、段差の多い場所などで電動車椅子を使用することが多い者、又は、腰痛等の症状があり電動車椅子の振動により当該症状が悪化するおそれがある者で、屋外用キャスターに取り替える必要がある場合 ③転倒防止用装置 頸髄損傷者等で、筋肉の著しい低下等機能障害により体幹のバランスが悪く後方へ転倒するおそれがある場合 ④クライマーセット 頻繁に屋外の段差の多い場所で電動車椅子を使用することが多い者で、段差越えが困難である場合 ⑤フロントサブホイール 電動車椅子の細かなコントロールが困難な高位頸髄損傷者等で、頻繁に利用する道路等において、電動車椅子の脱輪等による危険のおそれがある場合 ⑥酸素ボンベ固定装置 酸素ボンベを常用している呼吸機能障害者が、電動車椅子を使用するに当たって、酸素ボンベ固定装置を必要とする場合
--	---	--	---

			⑦人工呼吸器搭載台 常時人工呼吸器を必要とする呼吸機能障害者が、電動車椅子を使用するに当たって、人工呼吸器搭載台を必要とする場合 ⑧栄養パック取付用ガードル架 経管栄養により食事を摂取している者が、電動車椅子を使用するに当たって、栄養パック取付用ガードル架を必要とする場合 ⑨点滴ポール 点滴を必要とする者が、電動車椅子を使用するに当たって、点滴ポールを必要とする場合
⑬ 歩行器	(1) 高度の失調又は平衡機能障害を残すことにより、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者又は受けると見込まれる者 (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器であって、告示別表の1に定める耐用年数を超えたものを有する者	1人につき1台を支給対象とする。	
⑭ 収尿器	(1) せき髄損傷、外傷性泌尿器障害及び尿路系腫瘍等の傷病のため、尿失禁を伴うこと又は尿路変向を行ったことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者 (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あって、別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者	1人につき2器を支給対象とする。 ただし、人口膀胱用簡易型(使い捨て型)については、別表2に定める価格の範囲内で所轄局長が必要と認めた数とする。	(1) 所轄局長は、回腸導管用収尿器を装着する際に使用する両面粘着シートについては、1日1枚使用するものとして1年分(12箱(1箱30枚入))をまとめて支給対象とすることができる。 (2) 所轄局長は、簡易型については、対象者の傷病の状態(皮膚炎の有無及び便の形状等)及び生活状態により、製品の種類及び交換間隔等を考慮し、必要と認める数を対象とする。 また、所轄局長は、その判断に際しては、必要に応じ専門医又は診療担当医の専門的意見を聴取する等の措置を講じること。 (3) 簡易型の購入費用の支給を希望する者については、現に回腸導管用又は尿管瘻用の収尿器を使用している場合、当該収尿器の耐用年数経過後に購入費用を支給すること。
⑮ ストマ用装具	(1) 大腸又は小腸に人工肛門を造設したことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者 (2) 大腸又は小腸に皮膚瘻を残し、腸内容の全部若しくは大部分が漏出すること又は腸内容が概ね1日に100ml以上を漏出することにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受	別表2に定める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する。	(1) 所轄局長は、ストマ用装具について、対象者の傷病の状態(皮膚炎の有無及び便の形状等)及び生活状態により、製品の種類及び交換間隔等を考慮し、必要と認める数を支給対象とすることができる。 (2) 所轄局長は、ストマ用装具の購入費用の支給の可否、支給する製品の種類及び支給数については、症状照

	けると見込まれる者 (3) 大腸又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により、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者であって、特に医師がストマ用装具の使用の必要があると認めるもの		会に対する回答書(様式第18号(2))により判断すること。
⑩ 歩行補助つえ	(1) 下肢の全部又は一部を亡失し、又は下肢の機能に障害を残すことにより、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者又は受けると見込まれる者であって、義足又は下肢装具の使用が可能であるもの (2) 既に使用していた歩行補助つえで、業務上の事由又は通勤等によりき損し、かつ、修理不能となったものを有する者 (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あって、告示別表の1及び別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者 (4) ⑪の車椅子の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する者又は⑫の電動車椅子の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する者で、特に必要と認められるもの	1人につき1本(松葉づえは原則として1人につき2本)を支給対象とする。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本を支給対象とする。	(1) 左欄支給対象者の(4)中の「特に必要と認められるもの」とは、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をいう。 (2) 松葉づえは、原則として1人につき2本を支給対象とするが、所轄局長は使用形態を踏まえ判断すること。
⑪ かつら	(1) 頭部に著しい醜状を残すことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者 (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をき損した者(故意にき損した者を除く。)	1人につき1個を支給対象とする。	
⑫ 浣腸器付排便剤	せき髄損傷者又は排便反射を支配する神経の損傷により、用手排便を要する状態又は恒常的に1週間に排便が2回以下の高度な便秘を残すことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、医師が浣腸器付排便剤の使用の必要があると認めるもの	1人につき3日に1個の割合で支給対象とする。	(1) 所轄局長は、3日で1個の割合で算出した60本(6か月分)をまとめて支給対象とすることができる。 (2) 浣腸器付排便剤については、「使用薬剤の薬価(薬価基準)」(平成20年厚生労働省告示第60号)に収載された薬剤を支給対象とすること。 (3) 所轄局長は、浣腸器付排便剤の購入費用の支給の可否、支給する浣腸器付排便剤の銘柄、用量及び支給回数については、症状照会に対する回答書(様式第18号(3))により判断すること。
⑬ 床ずれ防止用敷ふとん	傷病(補償)等年金又は障害(補償)等給付の支給決定を受けている神経系統の機能に著しい障害を残す者又は両上下肢の用の全廃若しくは両上下肢を亡失した者のうち、常時介護に係る介護補償給付、介護給付又は複数事業労働者介護給付の支給決定を受けているもの	1人につき1枚を支給対象とする。	「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。

② 介助用リフター	次の（１）又は（２）のいずれかに該当し、かつ、（３）から（６）までのすべてに該当する者に支給する（新規支給の場合は、（６）の要件を除くものとする。）。 （１）傷病（補償）等年金の支給決定を受けた者のうち、傷病等級第１級第１号若しくは第２号に該当するもの又はこれらと同程度の障害の状態にあると認められるものであって、自宅療養者又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であること （２）障害（補償）等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者のうち、障害等級第１級第３号若しくは第４号に該当するもの又はこれらと同等程度の障害の状態にあると認められるもの （３）車椅子（介助用車椅子除く。）及び義肢の使用が不可能であること （４）当該療養者の症状並びに介助用リフターの性能及び操作方法を理解し、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あって、別表２に定める耐用年数を超えたものを有する者であること	１人につき１台を支給対象とする。	（１）左欄支給対象者（１）のうち、傷病等級第１級第１号又は第２号に該当する者と同程度とは、両上下肢の用の全廃、両上下肢の亡失、両上肢の亡失でかつ両下肢の用の全廃又は両上肢の用の全廃でかつ両下肢の亡失等の症状で常時介護を受けているものをいう。 （２）「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。 （３）所轄局長は、「介護人」及び「家屋構造」について、義肢等補装具購入・修理費用支給申請書に添付する「介護人等の状況報告書」（様式第１号(3)）及び支給するリフターの形態、家屋の構造等を総合的に勘案し、購入費用の支給の適否を決定すること。 （４）支給対象とする介助用リフターは、他者の操作を要するものであって、移動式（つり上げ装置、ヘッドシート付き）のものをいう。 （５）所轄局長は、購入費用の支給決定に当たっては、必要に応じ、傷病の状態、介護及び介護人の状況並びにリフターの実効性について、診療担当医から専門的意見を聴取する等の措置を講じること。
② フローテーションパッド	（１）社会復帰促進等事業として支給された車椅子又は電動車椅子を使用する者のうち、床ずれがでん部又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者 （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あって、別表２に定める耐用年数を超えたものを有する者	１人につき１枚を支給対象とする。	フローテーションパッドは、その支給時において、現に床ずれが発生していることを要件とするものではなく、床ずれが発生するおそれがあり、フローテーションパッドの使用が必要であると診療担当医が認めた場合に購入費用の支給を行うこと。
② ギャッチベッド	次の（１）又は（２）のいずれかに該当し、かつ、（３）に該当する者に支給する。 （１）傷病（補償）等年金の支給決定を受けた者のうち、傷病等級第１級第１号若しくは第２号に該当するもの又はこれらと同程度の障害の状態にあると認められるもので、かつ、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む。）であるもの	１人につき１台を支給対象とする。	（１）対象とするギャッチベッドは、原則として利用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有する特殊寝台とする。 （２）左欄支給対象者の（１）のうち、傷病等級第１級第１号又は第２号に該当する者と同程度とは、両上下肢の用の全廃、両上下肢の亡失、両上肢の亡失でかつ両下肢の用の全廃又は両上肢の用の全廃でかつ両下肢の亡失等の症状で常時介護を

	(2) 障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者のうち、障害等級第1級第3号若しくは第4号に該当するもの又はこれらと同等程度の障害の状態にあると認められるもの (3) 車椅子(介助用車椅子を除く。)及び義肢の使用が不可能であるもの		受けているものをいう。 (3) 「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。 (4) 電動式ギャッチベッドは、介護人と同居していない者であって当該ギャッチベッドを使用することにより自力で起き上がることが可能となる者等に購入費用を支給すること。
② 重度障害者用意思伝達装置	(1) 両上下肢の用を全廃又は両上下肢を亡失し、かつ、言語の機能を廃したことにより、障害(補償)等給付の支給決定を受けた者又は受けると見込まれる者で、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もの (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あって、告示別表の1及び別表2に定める耐用年数を超えたものを有する者	1人につき1台を支給対象とする。	(1) 左欄支給対象者の(1)中の「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もの」とは、重度障害者用意思伝達装置が、まばたき、息を吹くなどの非常に小さな動作により、「はい、いいえ」等の意思表示を可能とする機器であることから、まばたき等の非常に小さな動作しかできないものをいい、手を挙げる、首を動かすなどの意思表示を伝える動作が可能であるものは含まれない。 なお、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かについては、症状照会に対する回答書(様式第18号(4))に基づき判断すること。 (2) 「全廃」には、高度の麻痺が認められるものを含む。 (3) 支給対象者については、重度障害者用意思伝達装置を使用する者が、意思を決定する能力を明らかに有することが必要であることから、接点式入力装置(スイッチ)、帯電式入力装置(スイッチ)、筋電式入力装置(スイッチ)、光電式入力装置(スイッチ)、呼気式(吸気式)入力装置(スイッチ)、圧電素子式入力装置(スイッチ)又は画像処理による眼球注視点検出式入力装置(スイッチ)のいずれかにより、自己の明確な意思を入力することができる者に限る。 (4) 重度障害者用意思伝達装置の購入費用を支給するに当たっては、自己の明確な意思を入力することができる者であるか並びに機種及びセンサーの選定については、症状照会に対する回答書(様式第18号(4))に基づき判断すること。 (5) 画像処理による眼球注視点検出式入力装置については、当該入力装置

			以外の入力装置の使用が不可能であつて、当該入力装置によらなければ意思の伝達が不可能である者に購入費用を支給すること。
--	--	--	---

別表2 支給基準

種目	名称	定義	付属品	上限価格 円	耐用年数 年	備考
⑧ 点字器	標準型	A 32マス18行、両面書 真鍮板製	点筆	A 10,400	7	価格は点筆を含むものであること。
		B 32マス18行、両面書 プラスチック製		B 6,600		
	携帯用	A 32マス4行、片面書 アルミニウム製	点筆	A 7,200	5	
		B 32マス4行、片面書 プラスチック製		B 1,650		
⑩ 人工喉頭	笛式	呼気によりゴム等の膜を振動させ、ビニール等の管を通じて音源を口腔内に導き構音化するもの。	気管カニューレ	5,000	4	気管カニューレ付とした場合は、3,100円増しとすること。
	電動式	顎下部等にあてた電動板を駆動させ、経皮的に音源を口腔内に導き構音化するもの。	電池 充電器	70,100	5	価格は、電池又は充電器を含むものであること。
⑪ 車椅子						フローテーションパッド（車椅子用）の支給を受けた者（ただし、耐用年数が超えている者を除く。）及び支給の申請をしている者については、クッションを付属品としないこと
⑫ 電動車椅子						フローテーションパッド（車椅子用）の支給を受けた者（ただし、耐用年数が超えている者を除く。）及び支給の申請をしている者については、クッションを付属品としないこと
⑭ 収尿器	男性用	採尿器と蓄尿袋で構成し、尿の逆流防止装置をつけるもの。 ラテックス製又はゴム製 A 普通型 B 簡易型		A 7,700 B 5,700	1	
	女性用	A 普通型 耐久性ゴム製採尿袋		A 8,500		簡易型は採尿袋20枚を1組とする。

		を有するもの。 B 簡易型 ポリエチレン製の採 尿袋導尿ゴム管付		B 5,700		
	人工膀胱用	回腸導管用	採尿器と蓄尿袋で構成し 尿の逆流防止装置をつけ るものとする（いずれも 膀胱摘出によるもの）。	14,220		両面粘着シートを必要 とする場合は別表3に 掲げる両面粘着シート の額を加算すること。
		尿管瘻用		10,170		
		簡易型	低刺激性の粘着剤を使用 した密封型の蓄尿袋で尿 処理用のキャップ付とす る。 ラテックス製又はプラス チックフィルム製（膀胱 摘出によるもの）	皮膚保護剤 袋を身体に 密着させる もの	11,300	－ 価格は1か所あたりの 皮膚保護剤及び袋を身 体に密着させるものを 含む月額であること。
⑮ ストマ 用装具		低刺激性の粘着剤を使用 した密封型又は下部解放 型の蓄便袋とする。 ラテックス製又はプラス チックフィルム製	皮膚保護剤 袋を身体に 密着させる もの	8,600	－	価格は1か所あたりの 皮膚保護剤及び袋を身 体に密着させるものを 含む月額であること。
⑯ 歩行補 助つえ	つえ	主体－木材（十分な強度 を有するもの） 外装－ニス塗装	夜行材	2,200	3	夜光材付とした場合 は、470円（全面夜光 材付とした場合1,350 円）増しとすること。 価格は1本当たりのも のであること。 外装に白色又は黄色ラ ッカーを使用した場合 は300円増しとすること。
		主体－軽金属 外装－塗装なし		3,000		
⑰ かつら				所轄局長が 必要と認め る額	－	
⑱ 浣腸器 付排便剤		「使用薬剤の薬価（薬価 基準）」（平成20年厚生 労働省告示第60号。以下 「薬価基準」という。） に収載されているグリセ リン浣腸液		薬価基準に おいて定め る額	－	6か月ごとに一括支給
⑲ 床ずれ 防止用敷 ふとん		主材料－羊毛又はウレタ ン 既製品		44,300	－	

②⑩ 介助用 リフター		移動式 (つり上げ装置、ヘッド シート付)		315,000	5	「電動式」を含む。
②⑪ フロー テーショ ンパッド		主材料－高分子人工脂肪 構造－主材料（一層）及 びウレタンフォ ーム（二層）に よる三層構造		31,300	3	主材料のみの場合は、 1,300円減とするこ と。
		主材料－ポリマーゲル （高分子人工 脂肪）又は液 胞ゲル 構造－主材料をプラスチ ックフィルム等 で包装した単層 構造		51,600	4	
②⑫ ギャッ チベッド	手動式	主体－スチール及び木材		123,200	－	原則として使用者の頭 部及び脚部の傾斜角度 を個別に調整できる機 能を有するものである こと。
	電動式	頭部及び脚部の傾斜角度 の調整が電動で行えるも の		245,200		
②⑬ 重度障 害者用意 思伝達装 置	画像処理による 眼球注視点検出 入力装置 (スイッチ)に よるもの	注視点検出ユニット、C Dカメラ、赤外線照射 セット及びソフトウェア で構成されていること。		1,490,000	5	ソフトウェアが組み込 まれた専用機器及びプ リンタで構成されたもの (画像処理による眼球 注視点検出入力装置を 用いるものを除く。)で、 ごく小さな身体の 動き(まばたき、呼吸 等)を利用して「はい ・いいえ」を判定する ものであること。その 他障害に応じた付属品 を修理基準の中から加 えて加算することがで きること。

備考

- 1 本表の価格は、医師の採型技術料を含まないものであること。
- 2 耐用年数は、通常の装用状態において、当該補装具が修理不能となるまでの予想年数を示したものであること。

別表 3 修理基準

種目	型式	修理部位	上限価格 円	備考
⑧ 人工咽頭		気管カニューレ交換 充電器交換 振動板交換 スナップリード線交換 プリント板交換 スイッチ交換 電気接点交換 振動スプリング交換 押しボタンスプリング交換	3,150 1,600 9,000 50 14,600 1,100 4,500 1,650 1,650	
⑫ 収尿器	普通型	サポータ交換 ゴムバンド付収尿瓶交換 ゴム管及びつなぎ管付収尿ゴム袋交換 両面粘着シート	4,000 3,900 1,950 2,100	1 箱30枚入り
⑭ 介助用リフター		a. 昇降機構（手動・油圧） シリンダー交換 シリンダー修理 b. キャスター交換 キャスター交換（1ヶ） ストッパー付きキャスター交換 c. ハンガーなど ハンガー交換 S環交換 チェーン交換（80cm単位） d. シート キャンバスシート交換 メッシュシート交換 e. ベルト スクリングベルト交換（1本）	85,000 19,000 11,100 13,000 34,000 900 320 29,000 37,500 16,000	
⑮ フローテーション パット		プラスチックフィルムカバー交換	3,420	
⑯ 重度障害者用意思 伝達装置		注視点検出ユニット交換 CCDカメラ交換 赤外線照射セット交換 CCDカメラ用リモコン雲台交換	1,150,000 100,000 50,000 39,800	
(注) 1 価格は、原則として1枚（個）当たりとすること。 2 部品交換の価格は、1回当たりとすること。 3 重度障害者用意思伝達装置に対して行われた修理が、製造メーカー等の保証期間内である場合には、修理の対象とならないこと。				

※ 帳票種別

37500

① 管轄局

② 労働保険番号

府県所掌管轄基幹番号枝番号

③ 管轄局種別西暦年番号

年金証書番号

④ 生年月日
1 明治
3 大正
5 昭和
7 平成
9 令和
元号 年 月 日
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
元号 年 月 日
1〜9月は右へ1〜9日は右へ

※⑥ 受付年月日
9 令和 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)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
年 月 日

(ウ) 障害等級 第 級 第 号

(エ) 治ゆ年月日
年 月 日

(オ) 傷病名

(カ) 障害の部位

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。

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

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。

⑩ 新継別

0 1 1 0 義肢(筋電電動義手を除く)

0 1 2 0 筋電電動義手

0 2 1 0 上肢装具

0 2 2 0 下肢装具及び靴型装具

0 3 0 0 体幹装具

0 4 0 0 姿勢保持装置

0 5 0 0 視覚障害者安全つえ

0 6 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 8 0 0 点字器

0 9 0 0 補聴器

1 0 0 0 人工喉頭

1 1 0 0 車椅子

1 2 0 0 電動車椅子

1 3 0 0 歩行器

1 4 1 0 男性用収尿器

1 4 2 0 女性用収尿器

1 4 3 0 人工膀胱用収尿器

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 8 0 0 流腸器付排便剤

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 2 0 0 ギャッチベッド

2 3 0 0 重度障害者用意思伝達装置

2 4 0 0 人工内耳

⑪ 義肢等補装具の名称

⑫ 左右の別 ⑬ 数量 ⑭ き損年月日
1 左
3 右
5 両方 年 月 日
7 平成
9 令和 年 月 日
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 電話番号 ()

郵便番号

住所

指導機関型

名称

(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。

⑮ 郵便番号

電話

局番

年 月 日

住所 (方)

申請者の

氏名

労働局長 殿

※印の欄は記入しないでください。
(職員が記入します。)

折り曲げる場合には▲の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

義 肢 等 の き 損 状 況 等 に 関 す る 証 明

①義肢等き損年月日 年 月 日 ②職種

③き損義肢等の種目 ④き損部位

⑤き損の原因及び発生原因

上記のとおり証明します。
()

事業主住所

事業主氏名

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 _____
氏 名 _____

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 年 月 日
事業の名称 _____
事業場の所在地 _____
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

介 護 人 等 の 状 況 報 告 書

1 介護人の状況について

(1) 氏 名

(2) 年 齢

(3) 申請者との続柄

2 家屋構造について

家屋の間取図（平面図）



（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。

義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書

照会先
殿

労働局労働基準部労災補償課
電話番号

あなたが申請された義肢等補装具の購入・修理費用申請について下記のとおり承認しましたので、この承認決定通知書を下記（病院又は診療所、義肢等補装具販売・修理業者）に提示して、義肢等補装具の購入・修理を行ってください。

労働局長 印

種 目		
承認番号		
義肢等補装具の採型指導を行う病院、診療所の	名 称	
	所 在 地	
義肢等補装具の購入・修理の発注を行う業者の	名 称	
	所 在 地	
購入・修理の発注を行う義肢等補装具の	名 称	
	数 量	
	左 右 の 別	
	支給上限額	
番 号		

- (注意)
- 1 義肢・装具・車椅子等の製作については、義肢採型指導医が採型等を行った後に製作者がこれを製作するとともに、義肢・装具・車椅子等が製作されたときには、当該医師がこれを検査することになっています。
 - 2 費用の支給対象となるのは、労災保険の義肢等補装具費支給要綱で定められた範囲となりますので、製作者に発注する際に十分確認してください。ご不明な点があれば、必ず発注前に照会先に連絡をお願いします。
 - 3 製作者から義肢等補装具を受領したときは、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」（様式第8号(1)）の「受領年月日欄」に受領した日付を記入してください。
 - 4 義肢等補装具の購入費用又は修理費用を請求するときには、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」（様式第8号(1)）に、この承認決定通知書の写しを必ず添付してください。
- なお、購入・修理した義肢等補装具の種目、型式、個数等を、後日、個別訪問又は製作者に対する照会等により確認させていただく場合があります。

この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、照会先まで照会してください。

この決定に不服がある場合は、決定があったこと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をすることができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることができません。

この決定に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この決定に対する取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経る前又はその審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

義肢等補装具購入・修理費用支給不承認決定通知書

照会先
殿

労働局労働基準部労災補償課
電話番号

あなたが申請された義肢等補装具の購入・修理費用支給申請については、下記のとおり不承認と決定しましたので通知します。

労働局長 印

不承認となった理由は下記のとおりです。

1 申請事項	支給種目	
	名称	
	数量	
	左右の別	
2 不承認の理由		
番 号		

この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、照会先まで照会してください。

この決定に不服がある場合は、決定があったこと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をすることができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることができません。

この決定に対する取消訴訟は、国を被告として(訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。)、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この決定に対する取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経る前又はその審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

労働者災害補償保険

両上肢切断者に係る装着訓練及び適合判定の実施依頼書

病院長 殿

当局管内の申請者から筋電電動義手の購入費用の支給申請があり、装着訓練の実施を承認しましたので、当該申請者に対する装着訓練及び適合判定の実施につきまして下記によりお取り扱いくださるようお願いいたします。

記

- 1 筋電電動義手の装着訓練を行ってください。
- 2 筋電電動義手の適合判定を行い、様式第12号(1)（同封様式）により適合判定結果等を当局宛に提出してください。
また、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は、様式第13号（同封様式）により当局宛に報告してください。
- 3 「装着訓練料」、「適合判定料」、「練習用仮義手のソケット等の費用」及び「練習用仮義手の処方等の費用」については、外科後処置実施要綱の様式第4号(1)及び様式第4号(2)（同封様式）により当局宛に請求してください。

令和 年 月 日

労働局長 印

装着訓練に係る承認年月日及び承認番号等

承認年月日及び承認番号		令和 年 月 日 第 号
申請者	住所	(〒)
	氏名	
義手の種目		

労働者災害補償保険

片側上肢切断者に係る装着訓練等及び適合判定の実施依頼書

病院長 殿

当局管内の申請者から筋電電動義手の購入費用の支給申請があり、装着訓練及び試用装着期間中の指導等の実施を承認しましたので、当該申請者に係る装着訓練、試用装着期間中の指導等及び適合判定の実施につきまして、下記によりお取り扱いくださるようお願いいたします。

記

- 1 筋電電動義手の装着訓練及び試用装着期間中の指導等を行ってください。
- 2 筋電電動義手の適合判定を行い、様式第12号(2)（同封様式）により適合判定結果等を当局宛に提出してください。
また、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は、様式第13号（同封様式）により当局宛に報告してください。
- 3 「装着訓練料」、「試用装着期間中の指導等に要する費用」、「適合判定料」、「練習用仮義手のソケット等の費用」及び「練習用仮義手の処方等の費用」については、外科後処置実施要綱の様式第4号(1)及び様式第4号(2)（同封様式）により当局宛に請求してください。

令和 年 月 日

労働局長 印

装着訓練及び試用装着期間中の指導等に係る承認年月日及び承認番号等

承認年月日及び承認番号		令和 年 月 日 第 号
申請者	住所	(〒)
	氏名	
義手の種目		

様式第 4 号

(削除)

労働者災害補償保険

採 型 指 導 依 頼 書

病院長 殿

当局管内申請者より義肢・装具に係る購入・修理費用の支給申請があり、下記のとおり承認しましたので、当該申請者が貴院に承認書を提示したときは、次によりお取扱いくださるようお願いいたします。

- 1 義肢・装具の採型を行ってください。
- 2 業者が製作を終えたときは、義肢・装具の適合について判定の上、同封様式により業者に証明書を渡してください。
- 3 採型指導料（ ）については、同封様式により当局宛に請求してください。

年 月 日

労働局長 印

記

承認年月日及び番号		第 号
申請者	住 所	(〒)
	氏 名	
義肢・装具	種 目	
	個 数	

労 働 者 災 害 補 償 保 険

義 肢 採 型 指 導 委 託 申 請 書

名	称	
所	在	地
診	療	科
病	院	長
担	当	医
当	医	師
名		

上記医療機関を労働者災害補償保険法第 29 条第 1 項の規定に基づく義肢等補装具費支給要綱による義肢採型指導を行う医療機関として指定されたく関係書類を添付の上申請します。

令和 年 月 日

医療機関の開設者（その委任を受けた者）
の住所及び職氏名

労 働 局 長 殿

様式第 7 号

労働者災害補償保険
証 明 書

承 認 番 号		
申 請 者 の	住 所	(〒)
	氏 名	
義 肢 ・ 装 具 の	種 目	
	個 数	
	製作年月日	
製 作 業 者 の	所 在 地	(〒)
	名 称	

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 年 月 日

(〒)

住 所

採型指導医

氏 名

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	ハ
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
は一字とし
て書いてく
ださい。
(例)

カ^ヽハ^ヽ°

帳票種別

37530

※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

□□□□□□

⑦承認番号

□□□□□□□□

⑧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
□□□□□□□□

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 万 十 万 万 千 百 十 円
□□□□□□□□

金融機関名

店舗名

口座名義人

銀行・金庫
農協・漁協
信組

本店・本所
出張所
支店・支所

⑩預金種別

⑪口座番号

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

1 普通
3 当座

□□□□□□□□

記 号 番 号 (右ジメ)
□□□□□□□□□□□□□□

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

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

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 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円	備考
	円	□□□	□□□□□□□□	

義肢等補装具の製作・修理を行った業者

受
取
人
情
報

⑲郵便番号

□□□□-□□□□

⑲住所

⑲名称・名前

⑲受領年月日

元号 年 月 日
7 平成 □□□□□□
9 令和 □□□□□□

委
任
状

私は、義肢等補装具製作者

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)

氏名

令和 年 月 日

上記により義肢等補装具の費用を請求します。

⑲郵便番号

□□□□-□□□□

電話

局番

⑲住所

(方)

⑲氏名

請求人の

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。

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					
	イ. 採型区分					
	ウ. 型式					
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						
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						
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。

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					
	イ. 採型区分					
	ウ. 型式					
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						
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						
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。

義肢等補装具 購入 費用内訳書
修理

(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						
	イ. 名 称						
	ウ. 採型区分	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							
オ. 本 体 価 格 (レディメイドの場合)							
カ. 継 手							
キ. 支 持 部							
ク. その他の加算要素							
ケ. 完 成 用 部 品							
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。

義肢等補装具

購入
修理

費用内訳書

(靴型装具用)

①	ア. 区 分						
	装具の区分、名称等	イ. 名 称					
		ウ. 採 型 区 分	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						
	オ. 本 体 価 格 (レディメイドの場合)						
	カ. 患 足						
	キ. 健 足						
	ク. 付属品等の加算要素						
	ケ. 完 成 用 部 品						
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。

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						
	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						
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。

義肢等補装具 購入 費用内訳書
修理
(車椅子用)

① ア. 車椅子の型式						
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
イ. 基 本 価 格						
ウ. 本 体 価 格						
エ. 機 構 加 算						
オ. 構 造 部 品 加 算						
カ. 付 属 品						
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。

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					
	イ. 型式					
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						
キ. 付属品						
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。

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^ハハ[°]

義肢採型指導料請求書

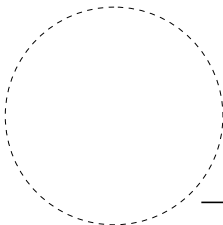
帳票種別 37570		※①管轄局 9 令和		※②受付年月日 元号 年 月 日		※③金融機関コード 金融機関 店舗	
④承認番号		⑤請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。 千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 円		⑥指定医療機関番号			
指定医療機関 支払先情報	金融機関名		店舗名		⑦預金の種類		⑧口座番号
	⑨口座名義人						⑩金融機関コード
支払先情報 (指定医療機関支払 先情報と異なる口座 への振込を希望する 場合、記入してくだ さい。)	金融機関名		店舗名		口座名義人		
	銀行・金庫 農協・漁協 信組		本店・本所 出張所 支店・支所				
	⑪預金の種類		⑫口座番号				
	1 普通 3 当座						
⑬口座名義人(カタカナ)		: 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。					
⑭口座名義人つづき(カタカナ)		: 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。					
義肢採型指導	点数	金額		摘要			
		千	円				
	病院名						
申請者	郵便番号						
	住所						
	氏名						
義肢・器具	種目			⑮採型指導年月日			
	個数			元号 年 月 日			
製作業者	郵便番号		電話番号				
	住所						
	名称						
※⑯その他番号							

※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。

上記により義肢採型指導料を請求します。

郵便番号



年 月 日

請求人の

労働局長 殿

住所

名称・氏名

義肢等補装具旅費支給申請書

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

帳票種別
37600

※①管轄局
3 未支給

※②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

※④郵便局コード

④概算・精算の別
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
(旅費の内訳を裏面に記入してください。)

⑥承認番号
(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
銀行・金庫
農協・漁協
信組

店舗名
本店・本所
出張所
支店・支所

口座名義人

⑦預金の種類
1 普通
3 当座

⑧口座番号

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 (右ツメ)

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。

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

⑮旅行期間末日
元号 年 月 日
7 平成
9 令和

⑯旅行回数
回

⑰旅行事由
1 義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子、電動車椅子、かつらの採型・装着
2 筋電電動義手に係る装着訓練、試用装着期間における指導等及び適合判定
3 能動式義手に係る装着訓練
4 義眼の装嵌
5 コンタクトレンズ、浣腸器付排便剤の購入費用の支給に係る検査
6 人工内耳用音声信号処理装置の修理

事実証明
(概算払いを受ける場合は、記入不要です。)

下記申請者が、当医療機関（施設）において、 年 月 日より 年 月 日まで、
1. 義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子、電動車椅子、かつらの採型・装着 2. 筋電電動義手に係る装着訓練、試用装着期間における指導等及び適合判定 3. 能動式義手に係る装着訓練 4. 義眼の装嵌 5. コンタクトレンズ、浣腸器付排便剤の購入費用の支給に係る検査 6. 人工内耳用音声信号処理装置の修理（該当に○）を行ったことを証明します。
年 月 日 電話番号 局番
住 所
医療機関又は施設名
氏 名

義肢等補装具旅費の支給を受けたいので、上記のとおり申請します。

⑱郵便番号
電話 局番

⑲住所 (方)
フリガナ

⑳氏名

申請者の 労働局長 殿

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎ 折り曲げる場合には、() の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

様式第10号(1) (裏面)

発着 年月日	発着地名	経路	宿泊地	鉄道		船舶		車		宿泊		計
				距離 k m	金額 円	距離 k m	金額 円	距離 k m	金額 円	泊数	金額 円	
.....					円		円		円		円	
.....												
.....												
.....												
.....												
.....												
.....												
.....												
合				計								

様
照会先

労働局労働基準部労災補償課
電話番号

義肢等補装具旅費
決定のお知らせ

この文書は、義肢等補装具旅費の 決定のお知らせです。
支給決定した方への支払日のお知らせは、別途の通知となります。

労働局長 印

請 求 人			
承 認 番 号			
概 算 ・ 精 算 の 別			
旅 行 期 間		旅 行 回 数	回
旅 行 事 由			
承 認 額			
一部承認又は不承認 決 定 の 理 由			
番 号			

この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、照会先までご連絡ください。

この決定に不服がある場合は、決定があったこと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をすることができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることができません。

この決定に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この決定に対する取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経る前又はその審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

様

照会先

労働局労働基準部労災補償課
電話番号

義肢等補装具旅費の変更決定のお知らせ

先に行いました義肢等補装具旅費の決定については、以下の理由により、取り消し、新たに變更決定したのでお知らせします。

追給の場合

○追給額は支払振込通知書によりお支払いいたします。

回収の場合

○過払額は納入告知書により告知書記載の指定銀行に払い込んでください。

労働局長 ㊟

請 求 人			
承 認 番 号			
概 算 ・ 精 算 の 別			
旅 行 期 間		旅 行 回 数	回
旅 行 事 由			
当 初 支 払 年 月 日			
当 初 支 給 決 定 額 （ 取 消 額 ）			
今 回 決 定 額			
（ 追 給 又 は 回 収 ） 額			
変 更 決 定 理 由			
番 号			

この決定理由の詳細についてお聞きになりたい点があれば、照会先までご連絡ください。

この決定に不服がある場合は、決定があったこと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をすることができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることができません。

この決定に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この決定に対する取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経る前又はその審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

義肢等補装具旅費精算申請書

.....労働局長 殿

義肢等補装具旅費の精算をしたいので、下記のとおり申請します。

令和.....年.....月.....日

(〒.....)

住 所

.....

申請者 の 電話番号 (.....) -

氏 名

1 承認書番号 No.....

2 旅 費円 (内訳を裏面に記入してください。)

事実証明	上記申請者が、当医療機関（施設）において、令和.....年.....月.....日 より令和.....年.....月.....日まで、1. 義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子、 電動車椅子、かつらの採型・装着 2. 筋電電動義手に係る装着訓練、試用 装着期間における指導等及び適合判定 3. 能動式義手に係る装着訓練 4. 義 眼の装嵌 5. コンタクトレンズ、浣腸器付排便剤の購入費用の支給に係る検査、 6. 人工内耳用音声信号処理装置の修理（該当に○）を行ったことを証明します。 令和.....年.....月.....日 住 所			
振り込みを希 望する金融機 関の名称	銀行・金庫	本店・本所	預金の種類	普通・当座
	農協・漁協	出張所	口座番号	
	信組	支店・支所	口座名義人	

〇 〇 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
---------------------------	--------

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、A D L 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。

令和 年 月 日

〇 〇 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
----------------------	--------

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 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

訓練実日数： 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 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

通院実日数： 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)

- 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
- ② 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①及び②の判断理由

①又は②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。

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
報 告 事 項	

○ ○ 労 働 局 長 殿

労働者災害補償保険
筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定実施
医療機関に係る届出書

下記医療機関を義肢等補装具費支給制度における筋電電動義手の装着訓練及び試用装着期間における指導等並びに適合判定を実施する医療機関として届出します。

医 療 機 関	名 称	
	所在地	
	郵便番号	—
	電話番号	— —
	添付資料	別紙のとおり

開設者 住 所 _____
氏 名 _____

○ ○ 勞 働 局 長 殿

下記医療機関について、令和 年 月 日付け「筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定実施医療機関に係る届出書」の内容を変更したので届出します。

医 療 機 関	名 称	
	所在地	
	郵便番号	—
	電話番号	— —
	添付資料	別紙のとおり

※ 変更する事項の ☐ に、「レ」を記入する。

開 設 者 住 所
氏 名

年 月 日

殿

労働局長

症 状 照 会 書

下記申請者より、以下の義肢等補装具について購入費用の支給申請がありましたので、申請者の症状について、別添「症状照会に対する回答書」にて回答をお願いします。

種 目 _____

記

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____

様式第 17 号

年 月 日

殿

労 働 局 長

検 査 診 断 依 頼 書

義肢等補装具の購入費用の支給承認に当たって必要がありますので、下記により検査診断を受けるようお願いします。

記

1 検査診断を受ける医療機関

名 称 _____

所在地 _____

医師名 _____

2 受診日 _____

3 問い合わせ先

担当
電話

様式第 18 号(1)

令和 年 月 日

労 働 局 長 殿

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

住 所

生年月日

種 目

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。）					
右	BC	Pwr	Size	Cyl.p	Axs
左					
申請受付番号					

様式第 18 号(2)

令和 年 月 日

労 働 局 長 殿

医師

症 状 照 会 に 対 す る 回 答 書

下記申請者について、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

住 所

生年月日

種 目

記

症 状 の 状 態	
○ ストマ用装具について 1 着用の可否 着用可・着用不可 2 必要性の有無 必要あり・必要なし 3 上記 1 の判断理由（具体的に記入してください。） 4 上記 2 で必要ありの場合、ストマ用装具の処方内容について	
申請受付番号	

様式第 18 号(3)

令和 年 月 日

労 働 局 長 殿

医師

症 状 照 会 に 対 す る 回 答 書

下記申請者について、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

住 所

生年月日

種 目

記

症 状 の 状 態

○ 浣腸器付排便剤について

1 必要性の有無

必要あり・必要なし

2 上記 1 の判断理由（具体的に記入してください。）

3 上記 1 で必要ありの場合、グリセリン浣腸の処方内容について

申請受付番号

様式第 18 号(4)

令和 年 月 日

労 働 局 長 殿

医師

症 状 照 会 に 対 す る 回 答 書

下記申請者について、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

住 所

生年月日

種 目

記

症 状 の 状 態

- 1 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か。
困難である・困難でない
- 2 上記 1 で困難である場合、重度障害者用意思伝達装置が必要であるか。
必要あり・必要なし
- 3 上記 2 の判断理由（具体的に記入してください。）

(次のページに続く)

申請受付番号

4 上記2で必要ありの場合

(1) 呼び鈴装置が必要であるか。

必要あり・必要なし

(2) 入力装置について、以下のものから選択するものに○を付けてください。

A：接点式入力装置 B：帯電式入力装置

C：筋電式入力装置 D：光電式入力装置

E：呼気式（吸気式）入力装置

F：圧電素子式入力装置

G：空気圧式入力装置

H：視線検出式入力装置

I：画像処理による眼球注視点検出式入力装置

(3) 上記(2)の入力装置を選択した理由

(申請者の障害の状態等を具体的に記載してください。)

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	ー

○濁点、半濁点
は一文字とし
て書いてくだ
さい。
(例)

カ^ハハ[°]

症状回答料請求書

帳票種別
37580

※①管轄局

--	--

※②受付年月日

元号	年	月	日
9令和			

※③金融機関コード

金融機関	店舗

④申請受付番号

--

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	千	百	十	円

⑥指定医療機関番号

--

指定医療機関
支払先情報

金融機関名

店舗名

⑨口座名義人

--

⑦預金の種類

--

⑧口座番号

--

⑩金融機関コード

--

支払先情報

以下に挙げる条件に該当する場合は、記入してください。

- (1) 指定医療機関であり、指定医療機関支払先情報と異なる口座への振入を希望する場合
(2) 指定医療機関以外の場合

金融機関名

店舗名

口座名義人

銀行・金庫
農協・漁協
信組本店・本所
出張所
支店・支所

⑪預金の種類 ⑫口座番号

1 普通
3 当座

--	--	--	--	--	--	--

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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10

20

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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

30

40

症状回答・検査診断

点数

金額

摘要

千

円

病院名

申請者

郵便番号

住所

氏名

義肢・装具

種目

個数

⑮症状回答年月日

元号	年	月	日
7 平成			
9 令和			

※⑯その他番号

上記により症状回答料を請求します。

⑰郵便番号

				-					
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

⑱住所

⑲名称・氏名

年 月 日

請求人の

労働局長 殿

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

◎折り曲げる場合には(◀)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

様式第 20 号

年 月 日

殿

労 働 局 長

意 見 照 会 書

下記申請者より、義肢等補装具費支給要綱に基づく旅費の支給申請がありました。申請者の症状等を踏まえ、旅行の必要性を適正に判断する必要がありますので、別添「意見照会に対する回答書」にて回答をお願いします。

なお、意見書料（ ￥ ）については、同封様式により当局あてに請求願います。

記

1 照会事項

2 申請者

氏 名

住 所

生年月日

添付書類

様式第 21 号

令和 年 月 日

労 働 局 長 殿

医師

意 見 照 会 に 対 す る 回 答 書

今般、依頼のあったことについて、下記のとおり回答します。

氏 名

住 所

生年月日

記

状 態	
○ 照会事項について 1 旅行の必要性の有無 必要あり・必要なし 2 1 の判断理由（具体的に記入してください。） 3 その他	
旅費申請受付番号	

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	ロ	ー

○濁点、半濁点
は一文字とし
て書いてくだ
さい。
(例)

カ^ハハ[°]

意見書回答料請求書

帳票種別 37640		※①管轄局 9 令和		※②受付年月日 元号 年 月 日		※③支払先コード 1 指定医療機関 3 非指定医療機関 5 補装具業者		※④金融機関コード 金融機関 店舗		
⑤旅費申請受付番号		⑥請求金額 金額の頭に¥マークを付けてください。 万 千 百 十 円				⑦指定医療機関番号				
指定医療機関 支払先情報	金融機関名		店舗名		⑧預金の種類		⑨口座番号			
	⑩口座名義人						⑪金融機関コード			
支払先情報	以下に挙げる条件に該当する場合は、記入してください。 (1) 指定医療機関であり、指定医療機関支払先情報と異なる口座への振込を希望する場合 (2) 指定医療機関以外の場合									
	金融機関名		店舗名		口座名義人					
	銀行・金庫 農協・漁協 信組				本店・本所 出張所 支店・支所					
	⑫預金の種類 1 普通 3 当座		⑬口座番号							
⑭口座名義人（カタカナ）		：姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。								
⑮口座名義人つづき（カタカナ）		：姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。								
申 請 者	郵便番号									
	住所									
	氏名									
旅 行 事 由						⑯意見書回答年月日 元号 年 月 日 7 平成 9 令和				
※⑰その他番号										

※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。

上記により意見書回答料を請求します。

⑱郵便番号

-

⑲住所

⑳名称・氏名

年 月 日

請求人の

労働局長 殿

別紙1 義肢採型指導に係る契約書（例）

契 約 書

労働者災害補償保険法に基づく社会復帰促進等事業に関して、労働局長
（以下「甲」という。）と 病院長 （以下「乙」という。）とは、次のとおり契約する。

第1条 甲は、乙に対して頭書の社会復帰促進等事業に関し、義肢採型指導の実施方を委託する。

第2条 乙は、都道府県労働局長（以下「労働局長」という。）の発行する義肢等支給・修理承認書（以下「承認書」という。）を提示した労働者に対して、労働局長が発付した採型指導依頼書に基づき、前条に定める義肢採型指導を実施するものとする。

第3条 甲は、乙が第1条に定める義肢採型指導を実施したときは、厚生労働省労働基準局長が定める義肢採型指導料を支払うものとする。

第4条 乙は、前条に定める費用については、甲に義肢採型指導を実施した都度義肢採型指導料請求書（以下「請求書」という。）により請求するものとする。

ただし、乙が乙の所在地を管轄する都道府県労働局以外の都道府県労働局に係る義肢採型指導を実施した場合の費用の請求については、当該義肢採型指導に係る承認書を発行した都道府県労働局長に請求を提出するものとする。

第5条 甲は、前条の請求書の提出を受けたときは、遅滞なく乙にその費用を支払うものとする。

なお、前条ただし書の場合は、同条ただし書の承認書を発行した都道府県労働局長がその費用を支払うものとする。

第6条 この契約の実施について必要な細目は、厚生労働省労働基準局長が定める義肢等補装具支給要綱によるものとする。

第7条 甲は、必要に応じ乙の実施する義肢採型指導について監査を行い、又は報告を求めることができる。

第8条 この契約に定めのない事項については、甲乙双方が協議して定めるものとする。

第9条 この契約の当事者は、2ヵ月前までに予告すればいつでもこれを解約することができる。

第10条 この契約の有効期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。

ただし、有効期間満了の2ヵ月前までに双方からなんらの意思表示をしない場合には、この契約の効力を更に1箇年間自動的に更新し、以後も同様とする。
本契約の成立を証するため本書2通を作成し、双方署名押印の上各1通を所持するものとする。

令和 年 月 日

甲 都道府県労働局長 印

乙 印