

治療用装具 生血 明細書

私立 東福岡自彊館中学校(園)

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

| | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|--------|--------|------------------------|------------------|----|---|---|---|
| 被 生 | 災 徒 | 児 等 | 氏 名 | 男 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 生 |
| | | | | 女 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 医 療 機 関 の 証 明 | 傷 病 名 | | | | 初診年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 装具装着、生 血使用年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 装具装着又 は生血使用 を必要とし た理由 | | | | | | | | |
| | 装具装着の 場合、装具 の種類及び 型式 | | | 生血使用の 場合、生血 の使用量 | ml | | | | |
| 令和 年 月 日 医療機関所在地及び名称 氏名 | | | | | | | | | |
| 装 具 装 着 | 装具製作会 社の所在地 及び名称 | | | | | | | | |
| 生 血 場 使 合 用 | 供血者の氏 名及び被災 児童生徒等 との続柄 | | | | | | | | |
| 装 具 装 着 又 は 生 血 に 要 し た 費 用 | | | | 円 | | | | | |
| 上記のとおりです。 令和 年 月 日 住所 保護者等 氏名 | | | | | | | | | |
| ※ 決 定 | | | | 円 × $\frac{4}{10}$ = | | | | | |
| | | | | 円 | | | | | |
| | 合 計 | | | 円 | | | | | |

- (注) 1 治療用装具については、その作製の装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写を添付すること。
 2 生血については、供血者の領収書の写を添付すること。
 3 ※印は、記入しないこと。
 4 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

| | | |
|--|--|--|
| 【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。(※該当する項目に☑をつけてください。) | | |
| ①記入者* <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 学校(園) <input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 医療機関 | ②公費負担医療制度* <input type="checkbox"/> 利用なし(記入終了) <input type="checkbox"/> 利用あり(左欄記入) | <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法* <input type="checkbox"/> その他 (利用している制度を記入) { } 自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) |
| | | 円 |

【保護者のみなさまへ】

治療用装具を購入した場合は、本用紙に証明していただいでください。

- ・本様式の下半分は、保護者の方が記入をお願いします。
- ・装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写しを添付してください。
- ・装具装着年月日と同月の「医療等の状況」と一緒に請求してください。
- ・災害共済給付制度は、学校・保育所等の管理下で発生する災害に対して給付を行い、教育活動の円滑な実施に資することを目的として設立された公的な互助共済制度です。請求に必要な「医療等の状況」等は、医師、歯科医師、薬剤師、柔道整復師、鍼灸師のみなさまの特別の配慮によりご協力をいただいでしております。医療機関等に証明していただくにあたっては、用紙を持参してもその場で書くに書いていただけない場合もありますことをご了承ください。
- ・受診した月から2年間請求を行わなかった場合は、時効により給付が受けられなくなりますので、速やかに学校・保育所等に提出してください。

「治療用装具明細書」の記入方法

独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付業務にご協力をいただき、ありがとうございます。

治療用装具の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

- ①診療担当医師により治療遂行上必要と認められ、当該傷病の治療中に購入し、装着又は輸血した治療用装具・生血（新鮮血）について、証明をお願いします。
- ②治療終了後に日常生活や美容上の目的で装着・使用される場合は、給付対象にはなりません。
- ③柔道整復師の指示による治療用装具の購入は、給付対象にはなりません。

別紙3(6) 治療用装具明細書

学校(保育所等)記入欄 立 学校(園)

被生 災 児 童 氏 名 安全 健二 男 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生

傷 病 名 右足関節骨折 初診年月日 令和 〇 年 5 月 10 日

装具装着、生 血使用年月日 令和 〇 年 6 月 2 日

装具装着又は 生血使用も 必要とした 理由 右足関節骨折の治療のため足関節の固定を必要とする。

装具装着の 場合、装具の 種類及び 型式 右短下肢装具 生血使用の 場合、生血 の使用量

令和 〇 年 6 月 2 日 医療機関所在地及び名称 〇〇市△△1-2-3 〇〇病院 氏名 健康 太郎

装具製作会社 〇〇市△△3-4-5 〇〇株式会社

供血者の氏名 及び被災児 生血場 生血使用 生血使用の 場合、生血 の使用量 7,800 円

上記のとおりです。 令和 〇 年 6 月 7 日 住所 〇〇市△△6-7 保護者等 氏名 安全 健一

※決 定 円 × $\frac{4}{10}$ = 円 円 円 合計 円

(注) 1 治療用装具については、その作製の装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写を添付すること。
2 生血については、供血者の領収書の写を添付すること。
3 ※印は、記入しないこと。
4 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とする。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。(※該当する項目に印をつけてください。)

| | | |
|--------|-------------|--------------------------------|
| ①記入者* | ②公費負担医療制度* | □乳幼児 □ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法* |
| □保護者 | □利用なし(記入せず) | □その他 |
| □学校(園) | □利用あり(金額記入) | (利用している制度を記入) |
| □救済者 | □利用あり(金額記入) | (「利用あり」の欄に記入) |
| □医療機関 | | |

この枠内の記入をお願いします。

装具の装着が必要となった傷病名を記入してください。

装具装着日を記入してください。

装具装着を必要とした理由を記入してください。

装具の種類と型式を記入してください。

証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入をお願いします。

この枠内は、保護者の方に記入していただきます。(装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写しを添付していただきます。)

公費負担医療制度の利用の記入について、ご協力いただける場合は、よろしく申し上げます。

【発行】独立行政法人日本スポーツ振興センター

災害共済給付Webホームページ：[https:// www.jpnspport.go.jp/anzen/](https://www.jpnspport.go.jp/anzen/)に詳細を掲載しています。

JAPAN SPORT COUNCIL

