別紙３（６）

学校（保育所等）記入欄

私立　東福岡自彊館中学校

治療用装具
生　　血　明　細　書

▲この二次元コードは、ＪＳＣが様式の種類を識別するために使用するものです。

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

被災児童生徒等	氏名		男 女	平成 令和	年　月　日生
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				
装具の場合	装具製作会社の所在地及び名称				
生血の場合使用	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 保護者等　住所 氏名					

（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　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】
上記証明に係る公費負担医療制度の利用状況について、下記①～④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	②利用の有無	③利用制度名	④自己負担額
□ 保護者 □ 医療機関	□ 利用なし （記入終了） □ 利用あり （③④記入）	□ 乳幼児　□ ひとり親 □ 子ども医療助成　□ 障害者総合支援法 □ その他（利用した制度名を記入） （　　）	円 ※自己負担なしの場合は0を記入してください。 ※保険外負担は記入しないでください。