

義肢等補装具費支給対象者のみなさまへ

労 災 保 険

義肢等補装具費 支給制度について



厚生労働省
都道府県労働局
労働基準監督署

○ はじめに

労災保険制度では、業務上の事由又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった方のうち、一定の欠損障害又は機能障害が残った方に対して、社会復帰していただくことを目的に、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しています。

購入に要した費用（以下「購入費用」といいます。）が支給される義肢等補装具は、全部で23種目あり、それぞれの支給種目ごとに支給基準が定められています。

また、義肢、装具等の採型又は装着等のために旅行した場合については、鉄道賃等が支給されます。

このパンフレットでは、義肢等補装具購入費用の支給基準をはじめとして、必要な手続等について紹介しています。

○ 支給種目

義肢等補装具として購入費用が支給される種目は次のとおりであり、支給にあたって必要な実施項目に○を付しています。

なお、それぞれの支給種目における支給対象者等については、支給基準の頁を参照してください。

支給種目	症状照会	装着訓練・適合判定	採型指導	頁
1 義肢			○	2
1 - (2) 筋電電動義手		○	○	2
2 上肢装具及び下肢装具			○	3
3 体幹装具			○	3
4 座位保持装置			○	4
5 盲人安全つえ				4
6 義眼				4
7 眼鏡（コンタクトレンズを含む）	○（コンタクトレンズのみ）			5
8 点字器				5
9 補聴器				5
10 人工喉頭				6
11 車いす			○	6
12 電動車いす			○	7
13 歩行車				7
14 収尿器				8
15 ストマ用装具	○（新規のみ）			8
16 歩行補助つえ				8
17 かつら				9
18 浣腸器付排便剤	○（新規又は銘柄・用量変更の場合）			9
19 床ずれ防止用敷ふとん				10
20 介助用リフター				10
21 フローテーションパッド （車いす・電動車いす用）				10
22 ギャッチベッド				11
23 重度障害者用意思伝達装置	○（新規のみ）			11

○ 支給基準

1 義肢

支給対象者

- (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又は障害給付（以下「障害（補償）給付」といいます。）の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
 - (2) 上肢又は下肢の全部又は一部を亡失したことにより、当該傷病について、労災指定医療機関等において療養し、労災保険法による療養補償給付又は療養給付（以下「療養（補償）給付」といいます。）を受けている方で、症状固定後に障害（補償）給付を受けることが明らかである方
 - (3) 「11 車いす」（6 頁）の支給対象者の(1)から(3)のいずれかに該当する方又は「12 電動車いす」（7 頁）の支給対象者の(1)から(3)のいずれかに該当する方で、特に必要と認められる方
 - (4) 既に装着していた義肢（社会復帰促進等事業から購入費用（現物での支給を含みます。以下同じです。）が支給されたものかどうかは問いません。）で、業務上の事由又は通勤によりき損し、修理不能となったものを有する方
 - (5) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された義肢で、耐用年数を超えたものを有する方（(4)で支給された義肢の直前に使用していたものが、社会復帰促進等事業以外から購入費用が支給されていた場合は対象となりません。）
- ※ 耐用年数 ・ ・ ・ 0.5～5 年

支給の範囲

- 1 障害部位につき 2 本（型式の同一、相異は問いません。）を支給対象とします。
- ただし、
- ・ (4)に該当する方については、き損した義肢 1 本につき 1 本
 - ・ (5)に該当する方については、耐用年数を超えたもの 1 本につき 1 本
（骨格構造（モジュラー）義肢は、耐用年数を超えた部品 1 個につき部品 1 個）
 - ・ 1－(2)の筋電電動義手の支給を受ける方については、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

1－(2) 筋電電動義手

支給対象者

- (1) 両上肢を手関節以上で失ったことにより、障害（補償）給付を受けた方又は受けると見込まれる方で、次の要件を全て満たす方
 - 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方
 - イ 筋電電動義手を使用するに足る判断力を有する方
 - ウ 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力を有する方
 - エ ソケットの装着が可能である断端を有する方
 - オ 肩及び肘の関節の機能に著しい障害がない方
- (2) 1 上肢を手関節以上で失うとともに、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）給付を受けた方又は受けると見込まれる方で、上記(1)のアからオの要件を全てを満たす方

支給の範囲

1 人につき 1 本を支給対象とします。

筋電電動義手の購入に要する費用の支給にあたっては、装着訓練を実施した医療機関からの適合判定結果に基づいて判断しますので、適合判定結果によっては、筋電電動義手の購入に要する費用を支給できない場合もあります。

装着訓練・適合判定については、15頁の3をご覧ください。

筋電電動義手の装着訓練・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「適合判定結果について」（様式第12号：29頁）により、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」といいます。）へ装着訓練及び適合判定の結果を報告してください。

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又は明らかに筋電電動義手の支給基準を満たさないことが判明した場合は、「装着訓練中止報告書」（様式第13号：30頁）により、所轄局長へ結果を報告してください。

2 上肢装具及び下肢装具

支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 下肢装具について、「11 車いす」（6頁）の支給対象者の(1)から(3)のいずれかに該当する方又は「12 電動車いす」（7頁）の支給対象者の(1)から(3)のいずれかに該当する方で、特に必要と認められる方
- (3) 既に装着していた上肢装具又は下肢装具（社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。）で、業務上の事由又は通勤によりき損し、修理不能となったものを有する方
- (4) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された上肢装具又は下肢装具で、耐用年数を超えたものを有する方（(3)で支給された上肢装具又は下肢装具の直前に使用していたものが、社会復帰促進等事業以外から購入費用が支給されていた場合は対象となりません。）

※ 耐用年数 ・ ・ ・ 1～3年

支給の範囲

1 障害部位につき2本を支給対象とします。ただし、

- ・ (3)に該当する方については、き損した上肢装具又は下肢装具1本につき1本
- ・ (4)に該当する方については、耐用年数を超えたもの1本につき1本

3 体幹装具

支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された体幹装具で、耐用年数を超えたものを有する方

※ 耐用年数 ・ ・ ・ 1～3年

支給の範囲

1人につき1個を支給対象とします。

4 座位保持装置

支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方で、座位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方
- (2) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された座位保持装置で、耐用年数を超えたものを有する方
※ 耐用年数 . . . 3年

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

5 盲人安全つえ

支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 既に使用していた盲人安全つえ（社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。）で、業務上の事由又は通勤によりき損し、使用不能となったものを有する方
- (3) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された盲人安全つえで、耐用年数を超えたものを有する方（(2)で支給された盲人安全つえの直前に使用していたものが、社会復帰促進等事業以外から購入費用が支給されていた場合は対象となりません。）
※ 耐用年数 . . . 2～5年

支給の範囲

1人につき1本を支給対象とします。

6 義眼

支給対象者

- (1) 1眼又は両眼を失明したことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 既に装嵌していた義眼（社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。）で、業務上の事由又は通勤によりき損し、使用不能となったものを有する方
- (3) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された義眼で、耐用年数を超えたものを有する方（(2)で支給された義眼の直前に使用していたものが、社会復帰促進等事業以外から購入費用が支給されていた場合は対象となりません。）
※ 耐用年数 . . . 2年

支給の範囲

失明した1眼につき1個を支給対象とします。

7 眼鏡(コンタクトレンズを含む)

支給対象者

- (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)給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された眼鏡で、耐用年数を超えたものを有する方
※ 耐用年数 . . . 4年

支給の範囲

1障害につき1個を支給対象とします。

コンタクトレンズの購入に要する費用の支給にあたっては、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断しますので、症状照会の結果によっては、コンタクトレンズの購入に要する費用を支給できない場合もあります。
症状照会については、15頁の2をご覧ください。

症状照会を受けた医療機関は、「症状照会に対する回答書」(様式第18号(1): 32頁)により、所轄局長へ結果を回答してください。

8 点字器

支給対象者

- (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)給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された点字器で、耐用年数を超えたものを有する方
※ 耐用年数 . . . 5年又は7年

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

9 補聴器

支給対象者

- (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)給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された補聴器で、耐用年数を超えたものを有する方
※ 耐用年数 . . . 5年

支給の範囲

1障害につき1器を支給対象とします。(両耳の障害であっても、1人につき1器を支給対象とします。)

10 人工喉頭

支給対象者

- (1) 言語の機能を廃したことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
 - (2) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された人工喉頭で、耐用年数を超えたものを有する方
- ※ 耐用年数 . . . 4年又は5年

支給の範囲

1 障害につき1個を支給対象とします。

11 車いす

支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方であって、義足及び下肢装具の使用が不可能である方
 - (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）給付を受けている方（概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の方は除きます。）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方
 - (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又は傷病年金（以下「傷病（補償）年金」といいます。）の支給決定を受けた方であって、当該傷病の療養のために通院している方で、義足及び下肢装具の使用が不可能である方
 - (4) 既に使用していた車いすで（社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。）、業務上の事由又は通勤によりき損し、修理不能となったものを有する方
 - (5) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された車いすで、耐用年数を超えたものを有する方（(4)で支給された車いすの直前に使用していたものが、社会復帰促進等事業以外から購入費用が支給されていた場合は対象となりません。）
- ※ 耐用年数 . . . 5年又は6年
- (6) 「12 電動車いす」（7頁）の支給対象者の(1)から(4)のいずれかに該当する方で、特に必要と認められる方
 - (7) 「22 ギャッチベッド」（11頁）の支給対象者に該当する方で、特に必要と認められる方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

12 電動車いす

支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方であって、車いすの使用が著しく困難であると認められる方
 - (2) 両下肢及び両上肢の傷病に関し、療養（補償）給付を受けている方（概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の方は除きます。）で、傷病が症状固定した後においても車いすの使用が不可能であることが明らかに認められる方
 - (3) 両下肢及び両上肢に著しい障害を残すことにより、傷病（補償）年金の支給決定を受けた方であって、当該傷病の療養のために通院している方で、車いすの使用が不可能である方
 - (4) 業務災害又は通勤災害により呼吸器又は循環器の障害を受けた方であって、次のア又はイのいずれかに該当し、かつ、車いすの使用が著しく困難であると認められる方
 - ア 呼吸器又は循環器の障害により、傷病（補償）年金第1級の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
 - イ 呼吸器の障害により、障害（補償）給付第1級の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方で、次のいずれかの要件に該当する方
 - (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
 - (5) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された電動車いすで、耐用年数を超えたものを有する方
- ※ 耐用年数 . . . 6年

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

13 歩行車

支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
 - (2) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された歩行車で、耐用年数を超えたものを有する方
- ※ 耐用年数 . . . 5年

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

14 収尿器

支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された収尿器で、耐用年数を超えたものを有する方
※ 耐用年数 . . . 1年

支給の範囲

1人につき2器を支給対象とします。ただし、人口膀胱用簡易型（使い捨て型）については、定められた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します。

15 ストマ用装具

支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 大腸又は小腸に皮膚瘻を残し、腸内容の全部又は大部分が漏出すること又は腸内容がおおむね1日に100ml以上を漏出することにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (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）給付の支給決定を受けた方であって、特に医師がストマ用装具の使用の必要があると認める方

支給の範囲

定められた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します。

ストマ用装具の購入に要する費用の支給（新規のみ）にあたっては、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断しますので、症状照会の結果によっては、ストマ用装具の購入に要する費用を支給できない場合もあります。
症状照会については、15頁の2をご覧ください。

症状照会を受けた医療機関は、「症状照会に対する回答書」（様式第18号(2)：33頁）により、所轄局長へ結果を回答してください。

16 歩行補助つえ

支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方であって、義足又は下肢装具の使用が可能である方
- (2) 既に使用していた歩行補助つえ（社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたものかどうかは問いません。）で、業務上の事由又は通勤によりき損し、修理不能となったものを有する方

- (3) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された歩行補助ついで、耐用年数を超えたものを有する方（(2)で支給された歩行補助ついの直前に使用していたものが、社会復帰促進等事業以外から購入費用が支給されていた場合は対象となりません。）
※ 耐用年数 . . . 2～4年
- (4) 「11 車いす」（6頁）の支給対象者の(1)から(3)のいずれかに該当する方又は「12 電動車いす」（7頁）の支給対象者の(1)から(3)のいずれかに該当する方で、特に必要と認められる方

支給の範囲

1人につき1本を支給対象とします。ただし、両下肢に障害のある場合には、必要に応じ2本を支給対象とします。

17 かつら

支給対象者

- (1) 頭部に著しい醜状を残すことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたかつらをき損した方（故意にき損した方を除きます。）

支給の範囲

1人につき1個を支給対象とします。

18 浣腸器付排便剤

支給対象者

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、用手摘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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方で、医師が浣腸器付排便剤の使用の必要があると認める方

支給の範囲

1人につき3日に1個の割合で、1回につき60本（6か月分）を限度として支給対象とします。

浣腸器付排便剤の購入に要する費用の支給（新規又は銘柄・用量変更の場合）にあたっては、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断しますので、症状照会の結果によっては、浣腸器付排便剤の購入に要する費用を支給できない場合もあります。

症状照会については、15頁の2をご覧ください。

症状照会を受けた医療機関は、「症状照会に対する回答書」（様式第18号(3)：34頁）により、所轄局長へ結果を回答してください。

19 床ずれ防止用敷ふとん

支給対象者

傷病（補償）年金又は障害（補償）給付を受けている神経系統の機能に著しい障害を残す方又は両上下肢の用の全廃若しくは両上下肢を亡失した方のうち、常時介護に係る介護補償給付又は介護給付を受けている方

支給の範囲

1人につき1枚を支給対象とします。

20 介助用リフター

支給対象者

次のア又はイのいずれかに該当し、かつ、ウからカまでのすべてに該当する方に支給します（新規支給の場合は、カの要件を除くものとします。）。

ア 傷病（補償）年金の支給決定を受けた方のうち、傷病等級第1級第1号若しくは第2号に該当する方又はこれらと同程度の障害の状態にあると認められる方であって、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

イ 障害（補償）給付を受けた方又は受けると見込まれる方のうち、障害等級第1級第3号若しくは第4号に該当する方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方

ウ 車いす又は義肢の使用が不可能である方

エ 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方

オ 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

カ 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された介助用リフターで、耐用年数を超えたものを有する方

※ 耐用年数 …… 5年

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

21 フローテーションパッド（車いす・電動車いす用）

支給対象者

(1) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された車いす又は電動車いすを使用する方のうち、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方

(2) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給されたフローテーションパッドで、耐用年数を超えたものを有する方（社会復帰促進等事業から購入費用が支給された車いす又は電動車いすを使用している方に限ります。）

※ 耐用年数 …… 3年又は4年

支給の範囲

1人につき1枚を支給対象とします。

22 ギャッチベッド

支給対象者

次の(1)又は(2)のいずれかに該当し、かつ、(3)に該当する方に支給します。

- (1) 傷病（補償）年金の支給決定を受けた方のうち、傷病等級第1級第1号若しくは第2号に該当する方又はこれらと同程度の障害の状態にあると認められる方で、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みます。）である方
- (2) 障害（補償）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方のうち、障害等級第1級第3号若しくは第4号に該当する方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方
- (3) 車いす（手押し型車いすを除きます。）又は義肢の使用が不可能である方

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

23 重度障害者用意思伝達装置

支給対象者

- (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）給付の支給決定を受けた方又は受けると見込まれる方で、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方
- (2) 社会復帰促進等事業から購入費用が支給された重度障害者用意思伝達装置で、耐用年数を超えたものを有する方

※ 耐用年数 ・ ・ ・ 5年

支給の範囲

1人につき1台を支給対象とします。

重度障害者用意思伝達装置の購入に要する費用の支給（新規のみ）にあたっては、診療担当医療機関からの症状照会結果に基づいて判断しますので、症状照会の結果によっては、重度障害者用意思伝達装置の購入に要する費用を支給できない場合もあります。

症状照会については、15頁の2をご覧ください。

症状照会を受けた医療機関は、「症状照会に対する回答書」（様式第18号(4)：35頁）により、所轄局長へ結果を回答してください。

○ 修理基準

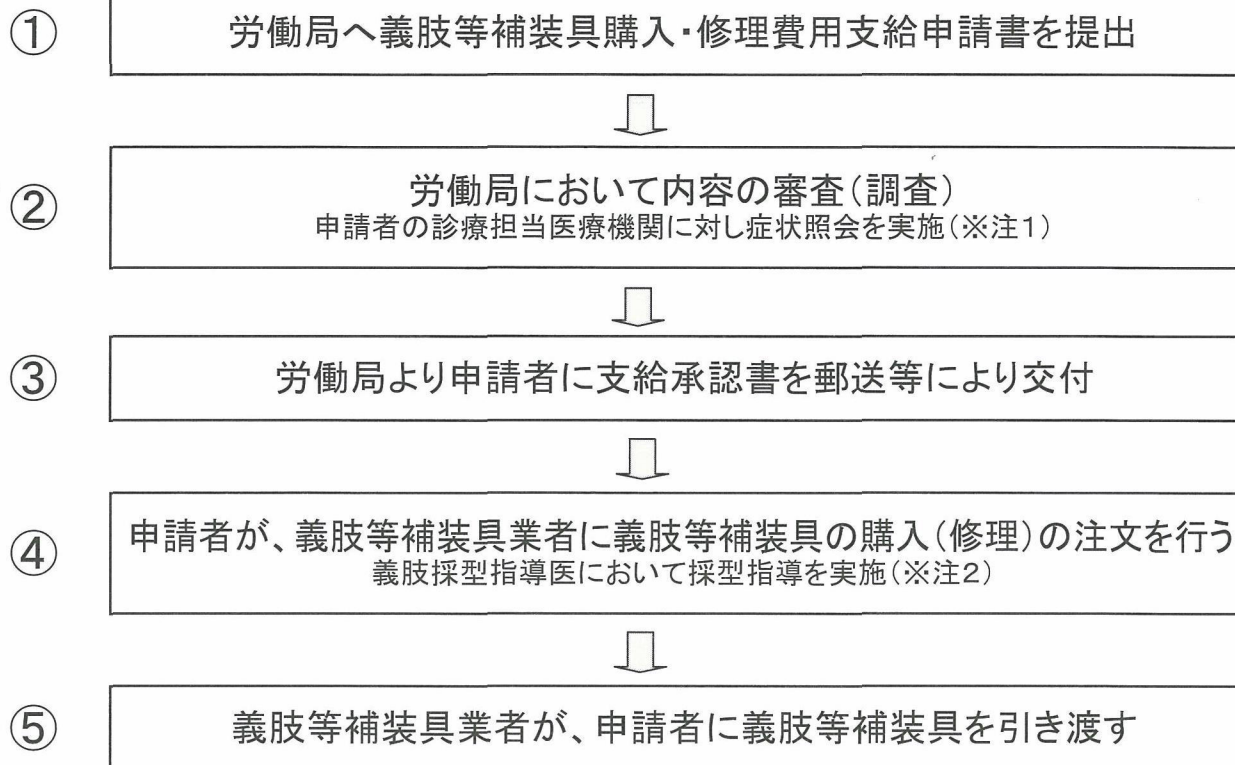
1 修理の要件

社会復帰促進等事業から購入費用が支給された義肢（筋電電動義手を含みます。）、上肢装具及び下肢装具、体幹装具、座位保持装置、眼鏡（コンタクトレンズを除きます。）、補聴器、人工喉頭、車いす、電動車いす、歩行車、収尿器、歩行補助つえ、介助用リフター、フローテーションパッド（車いす・電動車いす用）及び重度障害者用意思伝達装置が、通常の使用状態（本人の故意によらない事故によりき損した場合を含みます。）で修理が必要になったときは、厚生労働省労働基準局長が定める修理基準の範囲内で修理に要した費用の支給を受けることができます。

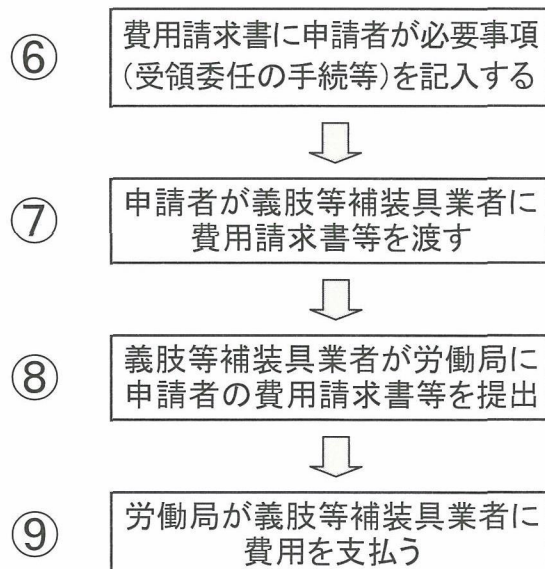
2 修理の範囲

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はありません。

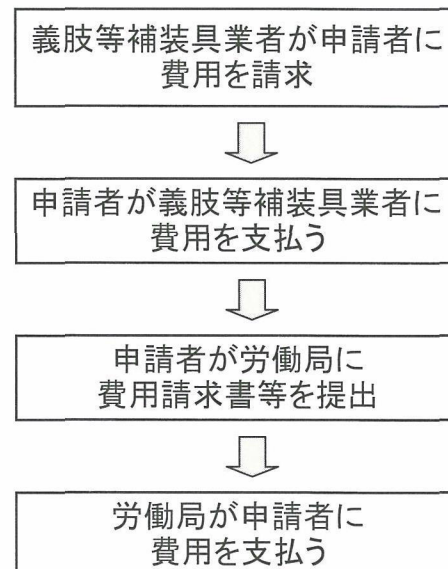
○ 義肢等補装具(筋電電動義手を除く)の購入(修理)費用支給の流れ



申請者が費用負担せずに義肢等補装具の受給を希望する場合



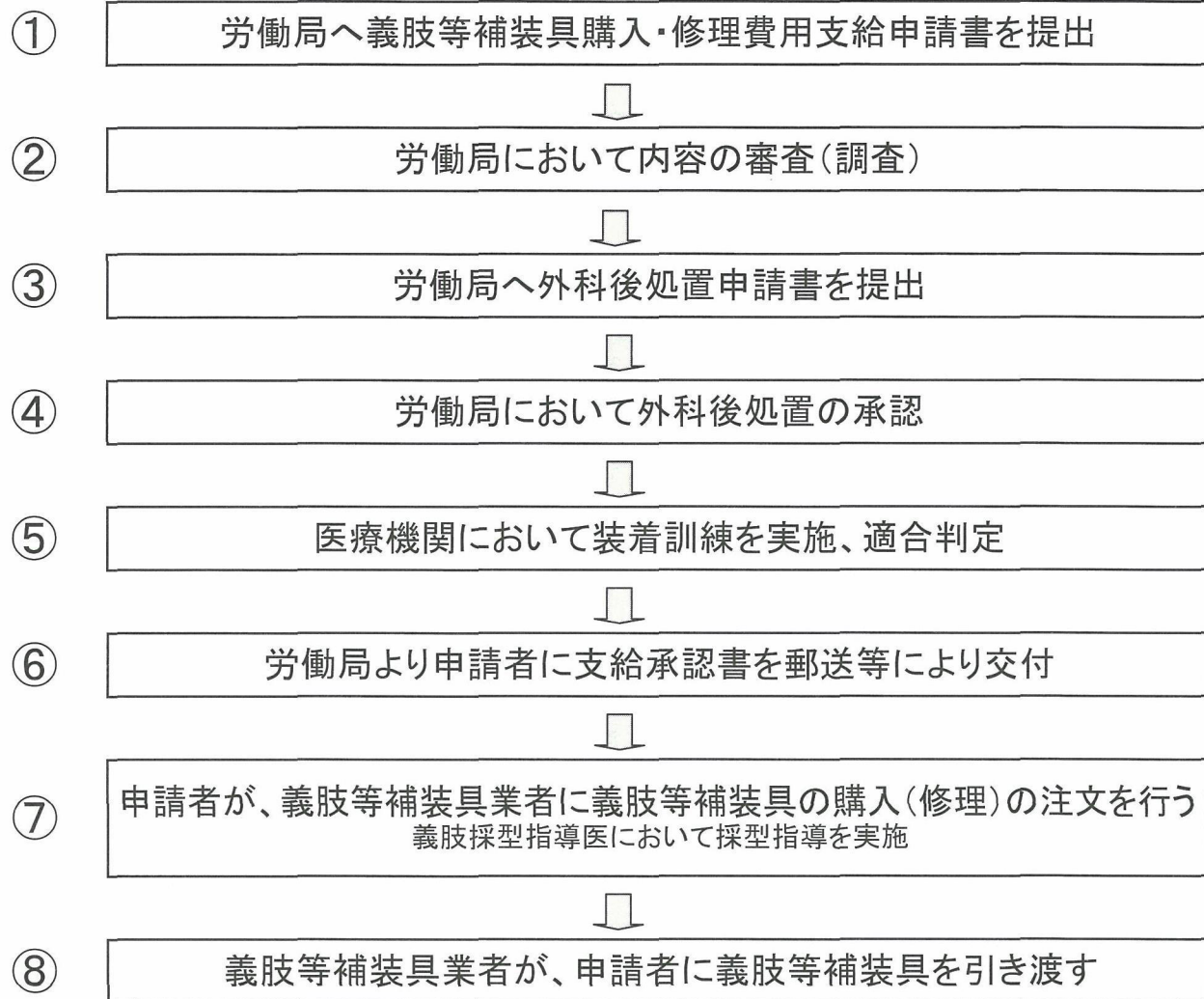
申請者が一旦費用負担する方法で義肢等補装具の受給を希望する場合



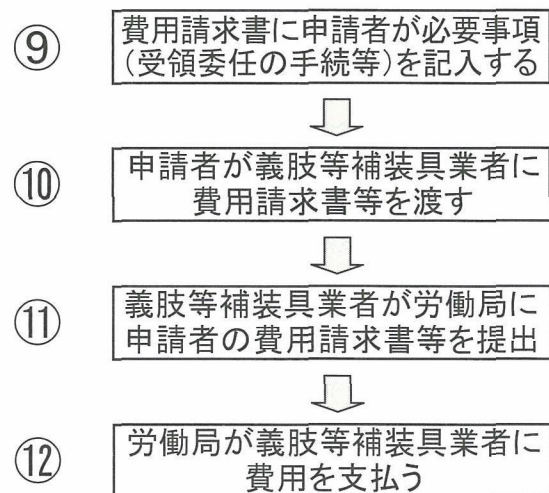
※注1: 症状照会を実施する種目: コンタクトレンズ、ストマ用装具、浣腸器付排便剤、重度障害者用意思伝達装置

※注2: 採型指導を実施する種目: 義肢、上肢装具及び下肢装具、体幹装具、座位保持装置、車いす、電動車いす

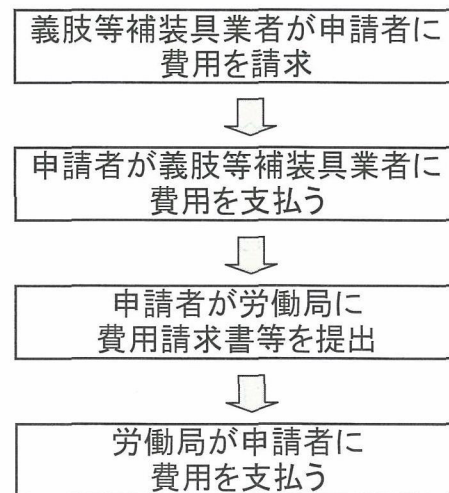
○ 筋電電動義手の購入(修理)費用支給の流れ



申請者が費用負担せずに義肢等補装具の受給を希望する場合



申請者が一旦費用負担する方法で義肢等補装具の受給を希望する場合



○ 支給・修理の手続

1 申請

義肢等補装具の購入又は修理に要する費用の支給を受けようとする方（以下「申請者」といいます。）は、「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」（様式第1号：19頁）を所轄局長に提出してください。

なお、介助用リフターの購入又は修理に要する費用の支給申請にあつては、申請書に「介護人等の状況報告書」（様式第1号（2）：21頁）を添付してください。

2 症状照会（一部の種目のみ）

所轄局長は、次の①から④までの支給種目を希望する申請者の身体障害に関する状態の程度及び状態に応じた義肢等補装具の必要性を判断するため、診療担当医療機関に症状照会を行います。

①については申請の都度、②～④については、原則として新規申請の際に症状照会を行います。ただし、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います。

- ① 眼鏡（コンタクトレンズに限ります。）
- 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

なお、①及び③（申請者が薬剤の銘柄又は用量を変更する場合のみ）を希望する申請者は、所轄局長からの「検査診断依頼書」（様式第17号：31頁）により連絡を受けてから、診療担当医療機関で検査を受けることになります。

症状照会を受けた医療機関は、「症状照会に対する回答書」（様式第18号（1）～（4）：32～35頁）について所轄局長へ提出してください。

3 装着訓練・適合判定（筋電電動義手のみ）

(1) 筋電電動義手の申請者は、所轄局長に筋電電動義手の購入に要する費用の支給申請を行った後、「外科後処置申請書」（外科後処置実施要綱の様式第1号：37頁）を所轄局長に提出してください。

(2) 所轄局長が、申請者に「外科後処置承認書」（外科後処置実施要綱の様式第3号：38頁）を交付しますので、申請者は、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のうち申請者が希望する医療機関において、筋電電動義手の装着訓練を受けてください。

なお、筋電電動義手の装着訓練の期間は、原則として4週間です。

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「適合判定結果について」（様式第12号：29頁）により装着訓練及び適合判定の結果について、所轄局長に報告してください。

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又は明らかに筋電電動義手の支給基準（2頁参照）を満たさないことが判明した場合は、「装着訓練中止報告書」（様式第13号：30頁）により、所轄局長に報告してください。

4 承認

所轄局長は、申請者が支給基準又は修理基準の要件を満たすものであると認めたときは、当該申請者に「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」（様式第2号：22頁）を交付します。

支給基準又は修理基準の要件を満たすかどうかについては、筋電電動義手は装着訓練・適合判定の結果に基づき、また、2の症状照会が必要な義肢等補装具は症状照会の結果に基づきそれぞれ判断します。

なお、症状照会が必要な義肢等補装具については、当該義肢等補装具に係る「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」に「症状照会に対する回答書」（様式第18号(1)～(4)：32～35頁）を添付した上で交付します。

5 注文

4の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「義肢等補装具業者」といいます。）に「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」（様式第2号：22頁）を提示し、義肢等補装具の購入又は修理に係る注文を行ってください。

このとき、2の症状照会が必要な義肢等補装具の購入又は修理の場合については、「症状照会に対する回答書」（様式第18号(1)～(4)：32～35頁）も併せて提示してください。

また、当該注文を取りやめた場合は、申請者が所轄局長に対し、その旨を直ちに報告してください。

なお、支給基準又は支給要件を満たしていない義肢等補装具は承認されませんので、4の承認を受けるまで注文は行わないでください。

6 採型指導（一部の支給種目のみ）

(1) 採型指導は、次の①から⑦までの支給種目に対して行います。

- ① 義肢
- ② 筋電電動義手
- ③ 上肢装具及び下肢装具
- ④ 体幹装具
- ⑤ 座位保持装置
- ⑥ 車いす
- ⑦ 電動車いす

(2) 所轄局長は、(1)の支給種目の購入に要する費用の支給申請について4の承認を行った場合、申請者が「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」（様式第1号：19頁）で希望した義肢採型指導医に対し、「採型指導依頼書」（様式第5号：23頁）により採型指導を依頼します。申請者は、当該医療機関において採型指導を受けてください。

(3) 採型の依頼を受けた義肢採型指導医は、申請者が指定する義肢等補装具業者に対して採型結果に基づいた指導を行います。

義肢等補装具業者は、義肢等補装具を製作又は修理したときは、(2)の義肢採型指導医に当該義肢等補装具を提示して検査を受けてください。

また、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、「証明書」（様式第7号：24頁）を義肢等補装具業者に交付してください。

7 引渡しと受領委任

申請者は、義肢等補装具の引渡しを受ける際、義肢等補装具業者に対し、購入又は修理に要した費用を支払って領収書の発行を受けることになりますが、所轄労働局から支給される当該費用（基準に定める金額の範囲内に限ります。）の受領を義肢等補装具業者へ委任した場合には、当該費用を支払う必要はなくなります。（受領委任を行う場合には、申請者は、注文時に義肢等補装具業者に受領委任が可能であることを必ず確認してください。）

この受領委任を行う場合は、申請者において「義肢等補装具購入・修理費用請求書」（様式第8号(1):25頁）の委任状欄に住所、氏名及び委任先（義肢等補装具業者）等を記入の上、当該請求書（その他請求に当たって必要事項を記入したもの）に「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」（写し）（様式第2号:22頁）を添付し、義肢等補装具業者へ渡してください。

なお、この場合であっても、請求者欄には、申請者の住所及び氏名等を記入してください。

義肢等補装具業者は、申請者から購入又は修理に要した費用の支払いを受けた際に、義肢・装具の製作又は修理を行っている場合には、領収書の発行に併せて「義肢等補装具購入・修理費用内訳書」（様式第8号(2)～(4):26～28頁）を申請者に渡してください。また、6の採型指導が行われている場合には、同じく領収書の発行に併せて義肢採型指導医から交付された「証明書」（様式第7号:24頁）を申請者に渡してください。

8 費用の請求

義肢等補装具の購入又は修理に要した費用を請求しようとする方は、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」（様式第8号(1):25頁）及び「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」（写し）（様式第2号:22頁）を所轄局長に提出してください。その際には、次の①～③を添付してください。

- ① 「義肢等補装具購入・修理費用内訳書」（様式第8号(2)～(4):26～28頁）（義肢、装具に係る購入又は修理に要した費用を請求する場合に限ります。）
- ② 義肢採型指導医が交付した「証明書」（様式第7号:24頁）（6の採型指導を行った場合に限ります。）
- ③ 領収書（申請者が義肢等補装具の購入又は修理に要した費用を義肢等補装具業者に支払った場合に限ります。）

7において申請者が義肢等補装具の購入又は修理に要した費用につき、所轄労働局から支給される当該費用の受領を義肢等補装具業者に委任した場合、義肢等補装具業者は、申請者から「義肢等補装具購入・修理費用請求書」及び「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」（写し）を受け取り、申請者に代わり所轄局長に当該資料等を提出してください。

9 差額自己負担

申請者が希望するデザイン、素材等選択することで基準に定める金額の範囲を超えることとなった場合、種目、名称、型式、基本構造等の要件を満たせば、基準に定める価格との差額を申請者が負担することで、基準額を超える義肢等補装具を購入又は修理することができます。

○ 旅費の支給

1 対象者

旅費は、次の方に支給されます。

- ア 義肢、上肢装具、下肢装具、体幹装具、座位保持装置、車いす、電動車いす又はかつらの採型若しくは装着のため旅行する方
- イ 義眼の装嵌のため旅行する方
- ウ 筋電電動義手に係る装着訓練及び適合判定のため旅行する方
- エ 眼鏡（コンタクトレンズに限ります。）又は浣腸器付排便剤の購入に要する費用の支給に係る検査のため旅行する方

2 範囲

旅費は、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、次のとおりとします。

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します。

- ア 旅費の種類は、鉄道賃、船賃、車賃及び宿泊料とします。
- イ 鉄道賃及び船賃については、普通旅客運賃を支給します。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します。
- ウ 車賃は、1キロメートルにつき、37円とします。
- 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きます。）とします。
- 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、その実費額を支給します。
- カ 旅費の支給について、上記アからオ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ものとします。

※ 航空運賃については、上記カの規定に基づき、必要に応じ支給の対象となりますので、航空機によらなければ移動が困難な方は、都道府県労働局又は労働基準監督署にご相談ください。

義肢等補装具購入修理費用支給申請書

労働局長 殿

私は の 購入 修理 に要する費用の支給を受けたいので、申請に必要な事項を記載の上申請します。

平成 年 月 日

(〒) 電話番号 ()

住 所

申請者の

氏 名

㊞

生年月日

年

月

日生

(記名押印又は署名)

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
1				

2 負傷(発病)

年

月

日

治ゆ

年

月

日

3 傷病名

障害の部位

障害補償一時金又は

4 障害等級第

級第

号

5 障害一時金の受領

年

月

日

障害(補償)年金又は傷病

6 年金証書番号

号

(補償)年金の支給決定

年

月

日

7 購入費用の支給を受けたい義肢・装具は計

本(前回受給

年

月

日)で

内訳は

(イ)

用義肢・装具・筋電電動義手()本

(ロ)

用義肢・装具()本です。

8 修理費用の支給を受けたい(イ)義肢・装具の種類は

用義肢・装具・筋電電動義手()本で修理箇所は

です。

(ロ)座位保持装置、眼鏡、補聴器、人工喉頭、車いす、電動車いす、歩行車、収尿器、

歩行補助つえ、介助用リフター、フローテーションパッド(車いす・電動車いす用)、

重度障害者用意思伝達装置の交換箇所は、 です。

9 購入費用の支給を受けたいのは、座位保持装置、盲人安全つえ、義眼、眼鏡、点字器、補聴器、人工喉頭、車いす、電動車いす、歩行車、

収尿器、ストマ用装具、歩行補助つえ、かつら、浣腸器付排便剤、床ずれ防止用敷ふとん、介助用リフター、フローテーションパッド

(車いす・電動車いす用)、ギャッチベッド、重度障害者用意思伝達装置 個 (前回受給 年 月 日)です。

10 採型指導を受けたい病院、診療所名

11 購入(修理)の発注を行う予定の義肢等補装具業者

(〒

) 電話番号 (

住 所

(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すること。

2. 業務上の事由又は通勤により義肢等をき損したため申請する場合は、上記「2」から「5」までの事項は記入しないで裏面の「義肢等き損現認証明欄」に事業主の証明を受けること。

3. 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を添付すること。

労働局 処 理 欄					備 考	
本件 承認・不承認 してよろしいか。					承認書交付年月日	
局 長	部 長	課 長	労災管理調整官		年 月 日	
					承認番号	
					No.	

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状況 _____

上 記 の と お り 証 明 し ま す。

(干)

住所 _____

事業主

氏名 _____ ⑩

(記名押印又は署名)

記 事 欄

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) 性 别 男 女

(3) 年 齡

(4) 申請者との続柄

(注) (2)は該当するものを○で囲んでください。

2 家屋構造について

家屋の間取図（平面図）

The first step in the process of developing a business plan is to conduct a thorough market research. This involves identifying your target audience, understanding their needs and preferences, and analyzing the competitive landscape. Once you have gathered this information, you can begin to define your business's mission, vision, and core values. These elements will serve as the foundation for your entire business strategy.

Next, you need to develop a detailed financial plan. This includes estimating your startup costs, projecting your revenue, and determining your break-even point. It's also important to consider various scenarios, such as best-case, worst-case, and most-likely outcomes, to ensure you are prepared for different market conditions.

Another critical component of a business plan is a marketing and sales strategy. You should outline how you will attract and retain customers, including advertising campaigns, promotional offers, and distribution channels. Additionally, you should establish key performance indicators (KPIs) to track the success of your marketing efforts.

Finally, it's essential to include a management team section in your business plan. This should provide background information on the individuals responsible for running the business, highlighting their relevant experience and skills. A strong management team is often one of the factors that investors look for when considering funding opportunities.

(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。

〇 〇 〇 〇 殿

〇 〇 労働局長

印

義肢等補装具購入・修理費用支給承認書

平成 年 月 日付けをもって申請された_____の購入・修理費用支給申請について承認しましたので、この承認書を下記(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。

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	種 目	
	個 数	
	費用の支給上限額	

(注意)

- 1 義肢・装具の製作については、義肢採型指導医が採型を行った後に製作者がこれを製作するとともに、その義肢・装具が製作されたときには、当該医師がこれを検査することとなっております。
- 2 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。
- 3 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。

承認番号 No.	連絡先
住 所	〇〇労働局労災補償課
氏 名	〒 所在地
	電話番号

労働者災害補償保険

採 型 指 導 依 頼 書

----- 病院長殿 -----

当局管内労働者より義肢・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、当該労働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・装具の採型をすること。
- 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すこと。
- 3 採型指導料（¥ ）については同封様式により当局宛に請求すること。

平成 年 月 日

----- 労働局長 印 -----

記

承認年月日及び番号		平成 年 月 日 第 号
労働者	住 所	(〒)
	氏 名	
義肢・装具の種目及び個数		

労働者災害補償保険
証 明 書

承 認 番 号		
労 働 者	住 所	
	氏 名	
義 肢 ・ 装 具 の	種 目 、 個 数	
	製 作 年 月 日	
製 作 業 者	住 所	
	氏 名	

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。

平成 年 月 日

(印)

住 所 -----

採型指導医 -----

氏 名 ----- (記名押印又は署名) (印)

労働者災害補償保険

義肢等補装具 購入 修理 費用請求書

労働局長 殿

請 求 金 額				千				円
---------	--	--	--	---	--	--	--	---

なお、義肢等補装具を購入・修理するにあたり、上記請求金額の他、
円を自己負担した。

種 別	個 数	単 価	金 額	備 考
		円	円	
計			円	

義肢等補装具の製作・ 修理を行った業者		義肢等補装具の 受領年月日	平成 年 月 日
------------------------	--	------------------	----------

振込を希望する 金融機関の名称 注(1)	銀行 金庫 組合	店 所	口座番号
	預金の種類	普通・当座	口座名義人

委任状 注(2)	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。 平成 年 月 日 委任者の住所 (申請者) 氏名 (印) (記名押印又は署名)
-----------------	--

上 記 の と お り 請 求 し ま す。

平成 年 月 日

(〒)

承認番号
No.

請求者
(申請者)

住 所

氏 名

受領委任の手続を行った場合であっても、この欄は義肢等補装具業者ではなく、申請者が自身の住所及び氏名等を記入してください。

(印)
(記名押印又は署名)

(注 意)

- (1) 申請者が受領委任を行ったときは、委任を受けた義肢等補装具業者が記入を行ってください。
- (2) 申請者が受領委任を行うときのみ、記入してください。
- (3) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲んでください。
- (4) 請求金額の頭部には、「¥」の文字をつけてください。

義肢等補装具 購入 費用内訳書
修理

(殻構造義肢用)

① 殻構造義肢の 名称・型式等	イ. 名称					
	ロ. 型式					
	ハ. 採型区分					
② 価格内訳	使用材料・部品、 型式等の種別	製品名	数量	単価 円	金額 円	備考
ニ. 基本価格						
ホ. ソケット						
ヘ. ソフトインサート						
ト. 支持部						
チ. 義手用ハーネス及 び義足懸垂用部品						
リ. 外装						
ヌ. 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、別表2の(1)又は別表3の(1)により記入すること。
- 3 製品名は、ヌ.完成用部品についてのみ、別表2-2の1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	イ. 名 称					
骨格構造義肢の 名称・型式等	ロ. 型 式					
	ハ. 採型区分					
②	使用材料・部品、 型式等の種別	製 品 名	数 量	単 価 円	金 額 円	備 考
ニ. 基 本 価 格						
ホ. ソ ケ ッ ト						
ヘ. ソフトインサート						
ト. 支 持 部						
チ. 義手用ハーネス及 び義足懸垂用部品						
リ. 外 装						
ヌ. 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、別表2の(2)又は別表3の(2)により記入すること。
- 3 製品名は、ヌ.完成用部品についてのみ、別表2-2の2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
(装 具 用)

① 装具の区分、名称等	イ. 名 称					
	ロ. 型 式					
	ハ. 採型区分	採型・採寸				
② 価 格 内 訳	使用材料・部品、 型式等の種別	製 品 名	数 量	単 価 円	金 額 円	備 考
ニ. 基 本 価 格						
ホ. 継 手						
ヘ. 支 持 部						
ト. そ の 他 加 算 要 素						
チ. 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、別表2の(3)又は別表3の(3)により記入すること。
 3 製品名は、ヌ.完成用部品についてのみ、別表2-2の3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。

平成 年 月 日

〇 〇 労 働 局 長 殿

病 院
診療所

医師

適 合 判 定 結 果 に つ い て

下記申請者について、筋電電動義手の適合判定結果を下記のとおり報告する。

申請者の氏名・年齢 ()	申請者の住所
適合判定結果 ○ 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 ○ 筋電電動義手の使用について 1 使用可・使用不可 2 1 の判断理由 (装着訓練の経過、操作の習熟の程度、A D L 評価及び恒常的な必要性の有無等により具体的に記載してください。)	

様式第 13 号

平成 年 月 日

〇 〇 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する。

申請者の氏名・年齢	申請者の住所
()	
報 告 事 項	

様式第 17 号

平成 年 月 日

殿

〇〇労働局長

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

平成 年 月 日 時 分頃

3 問い合わせ先

〇〇労働局労働基準部労災補償課

担当 〇〇〇〇

電話 〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇

様式第 18 号(1)

平成 年 月 日

〇 〇 労 働 局 長 殿

病 院
診療所

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（コンタクトレンズ）の購入費用の支給に係る症状を判断したので回答する。

記

申請者の氏名・年齢 ()	申請者の住所
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 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	

様式第 18 号(2)

平成 年 月 日

〇 〇 労 働 局 長 殿

病 院
診療所

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（ストマ用装具）の購入費用の支給に係る症状を判断したので回答する。

記

申請者の氏名・年齢 ()	申請者の住所
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 1 の判断理由（具体的に記入してください。） 4 2 で必要ありの場合、ストマ用装具の処方	

様式第 18 号(3)

平成 年 月 日

〇 〇 労 働 局 長 殿

病 院
診療所

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（浣腸器付排便剤）の購入費用の支給に係る症状を判断したので回答する。

記

申請者の氏名・年齢 ()	申請者の住所
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 1 の判断理由（具体的に記入してください。） 3 1 で必要ありの場合、グリセリン浣腸の処方	

様式第 18 号(4)

平成 年 月 日

〇 〇 労 働 局 長 殿

病 院
診療所

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（重度障害者用意思伝達装置）の購入費用の支給に係る症状を判断したので回答する。

記

申請者の氏名・年齢 ()	申請者の住所
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 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 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)	

4 2で必要ありの場合

(1) 呼び鈴装置について
必要あり・必要なし

(2) 入力装置（選択するものに○をする）

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：画像処理による眼球注視点検出式入力装置

(3) (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。）

外科後処置申請書

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。

平成 年 月 日

(〒 -)

住 所

申請者の 電話番号

氏 名 印 生年月日 昭和・平成 年 月 日生

(記名押印又は署名)

1. 労働保険番号

2. 負傷(発病) 昭和・平成 年 月 日

府県	所掌	管轄	基 幹 番 号	枝番号
↓	↓	↓	↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

治 ゆ 昭和・平成 年 月 日

3. 傷 病 名

4. 障 害 等 級 第 級 第 号

傷害の部位

5. 障害補償一時金又は
障害一時金の受領 昭和・平成 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 昭和・平成 年 月 日

医療機関名

(年金証書 第 号) 所在地

7. 受けたい外科後処置のあらまし

保 険 給 付 記録票照合欄		局 処 理 欄			原 票 記 入 者 印
		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	
申請書記載事項 1～5 と照合のこと。	年 月 日				
	承 認 番 号				
署 名	No. (整)				
照 合 責任者印					

労働者災害補償保険
外科後処置承認書

殿

承認書番号	No. (整)
-------	---------

平成_____年_____月_____日付をもって申請された外科後処置に関する診療を下記のとおり承認します。

なお、診療を受けようとするときは、医療機関にこの承認書を提出すること。

平成_____年_____月_____日

労働局長 印

1 労働保険番号

2 申請者氏名

府県	所掌	管轄	基 幹 番 号	枝番号

生年月日 昭和・平成_____年_____月_____日生

3 傷害の部位 _____

4 障害補償年金又は障害年金の証書番号 第_____号

5 受けたい外科後処置の内容 _____

6 外科後処置
を受ける

医療機関名 _____

所在地 (〒_____)

7 医療機関において希望する入院年月日 平成_____年_____月_____日

都道府県労働局一覧

北海道	060-8566	札幌市北区北8条西2-1-1 札幌第1合同庁舎	011(709)2311
青森	030-8558	青森市新町2-4-25 青森合同庁舎	017(734)4115
岩手	020-0023	盛岡市内丸7-25 盛岡合同庁舎1号館	019(604)3009
宮城	983-8585	仙台市宮城野区鉄砲町1 仙台第4合同庁舎	022(299)8843
秋田	010-0951	秋田市山王7-1-3 秋田合同庁舎	018(883)4275
山形	990-8567	山形市香澄町3-2-1 山交ビル	023(624)8227
福島	960-8021	福島市霞町1-46 福島合同庁舎	024(536)4605
茨城	310-8511	水戸市宮町1-8-31 茨城労働総合庁舎	029(224)6217
栃木	320-0845	宇都宮市明保野町1-4 宇都宮第2地方合同庁舎	028(634)9118
群馬	371-8567	前橋市大渡町1-10-7 群馬県公社総合ビル	027(210)5006
埼玉	330-6016	さいたま市中央区新都心11-2 ランド・アクセス・タワー	048(600)6207
千葉	260-8612	千葉市中央区中央4-11-1 千葉第2地方合同庁舎	043(221)4313
東京	102-8306	千代田区九段南1-2-1 九段第3合同庁舎	03(3512)1620
神奈川	231-8434	横浜市中区北仲通5-57 横浜第2合同庁舎	045(211)7355
新潟	951-8588	新潟市中央区川岸町1-56	025(234)5925
富山	930-8509	富山市神通本町1-5-5 富山労働総合庁舎	076(432)2739
石川	920-0024	金沢市西念3-4-1 金沢駅西合同庁舎	076(265)4426
福井	910-8559	福井市春山1-1-54 福井春山合同庁舎	0776(22)2656
山梨	400-8577	甲府市丸の内1-1-11	055(225)2856
長野	380-8572	長野市中御所1-22-1	026(223)0556
岐阜	500-8723	岐阜市金竜町5-13 岐阜合同庁舎	058(245)8105
静岡	420-8639	静岡市葵区追手町9-50 静岡地方合同庁舎	054(254)6369
愛知	460-8507	名古屋市中区三の丸2-5-1 名古屋合同庁舎第2号館	052(972)0259
三重	514-8524	津市島崎町327-2 津第2地方合同庁舎	059(226)2109
滋賀	520-0057	大津市御幸町6-6	077(522)6630
京都	604-0846	京都市中京区両替町通御池上ル金吹町451	075(241)3217
大阪	540-8527	大阪市中央区大手前4-1-67 大阪合同庁舎第2号館	06(6949)6507
兵庫	650-0044	神戸市中央区東川崎町1-1-3 神戸クリスタルタワー	078(367)9155
奈良	630-8570	奈良市法蓮町387 奈良第3地方合同庁舎	0742(32)0207
和歌山	640-8581	和歌山市黒田48 和歌山労働総合庁舎	073(488)1153
鳥取	680-8522	鳥取市富安2-89-9	0857(29)1706
島根	690-0841	松江市向島町134-10 松江地方合同庁舎	0852(31)1159
岡山	700-8611	岡山市北区下石井1-4-1 岡山第2合同庁舎	086(225)2019
広島	730-8538	広島市中区上八丁堀6-30 広島合同庁舎第2号館	082(221)9245
山口	753-8510	山口市中河原町6-16 山口地方合同庁舎2号館	083(995)0374
徳島	770-0851	徳島市徳島町城内6-6 徳島地方合同庁舎	088(652)9144
香川	760-0019	高松市サンポート3-33 高松サンポート合同庁舎	087(811)8921
愛媛	790-8538	松山市若草町4-3 松山若草合同庁舎	089(935)5206
高知	780-8548	高知市南金田1-39	088(885)6025
福岡	812-0013	福岡市博多区博多駅東2-11-1 福岡合同庁舎新館	092(411)4799
佐賀	840-0801	佐賀市駅前中央3-3-20 佐賀第2合同庁舎	0952(32)7193
長崎	850-0033	長崎市万才町7-1 住友生命長崎ビル	095(801)0034
熊本	860-0008	熊本市二の丸1-2 熊本合同庁舎	096(355)3183
大分	870-0037	大分市東春日町17-20 大分第2ソフィアプラザビル	097(536)3214
宮崎	880-0805	宮崎市橘通東3-1-22 宮崎合同庁舎	0985(38)8837
鹿児島	892-0816	鹿児島市山下町13-21 鹿児島合同庁舎	099(223)8280
沖縄	900-0006	那覇市おもろまち2-1-1 那覇第2地方合同庁舎	098(868)3559

この記載内容又は詳細につきましてご不明の点がありましたら、最寄りの都道府県労働局
又は労働基準監督署にお問い合わせください。