

基 発 0325 第 41 号
平成 28 年 3 月 25 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長
(公 印 省 略)

義肢等補装具費支給要綱の一部改正について

社会復帰促進等事業としての義肢等補装具費の支給については、平成 18 年 6 月 1 日付け基発第 0601001 号「義肢等補装具の支給について」（以下「通達」という。）により実施しているところであるが、今般、別添のとおり通達の別添「義肢等補装具費支給要綱」（以下「要綱」という。）の一部を改正したので、下記に留意の上、事務処理に遺漏なきを期されたい。

記

1 改正の概要

- （１）義肢採型指導料、症状回答料、意見書回答料及び旅費の支給業務について、申請書及び請求書（以下「申請書等」という。）の受付・審査から支払・債権管理までの一連の事務処理をシステム化するとともに、外国送金及び当地払を除き、都道府県労働局が行っている支払事務を本省へ集中化することに伴い、事務処理及び関係様式について所要の変更を行ったもの。
- （２）行政不服審査法（平成 26 年法律第 68 号）の施行に伴い、審査請求等に係る教示文等について所要の改正を行ったもの。

2 改正の内容

要綱の一部を別添の新旧対照表のとおり改正する。

3 施行期日について

改正後の要綱については、平成 28 年 4 月 1 日から施行し、原則として同日以降に受け付けた申請書等に適用すること。

4 その他

平成 28 年 3 月 31 日以前に受け付けた申請書等の取扱い等については、別途指示する。

「義肢等補装具費支給要綱」新旧対照表

(下線部分が改正部分)

新	旧
1 ～ 7 (略) 8 支給の手続 (1) ～ (3) (略) (4) 承認等 ア 所轄局長は、申請者が3の支給基準又は4の修理基準の要件を満たすもの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<u>支給</u>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(<u>平成26年法律第68号</u>)、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) 義肢等補装具費支給の承認決定等は、行政不服審査法第<u>1</u>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) (略) (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	1 ～ 7 (略) 8 支給の手続 (1) ～ (3) (略) (4) 承認等 ア 所轄局長は、申請者が3の支給基準又は4の修理基準の要件を満たすもの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(<u>昭和37年法律第160号</u>)、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) 義肢等補装具費支給の承認決定等は、行政不服審査法第<u>2</u>条に規定する<u>行政</u>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) (略) (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<u>支給</u>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) 義肢等補装具費支給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<u>支給</u>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 (略) (5)～(8) (略) 9～11 (略) 12 費用の請求 (1)及び(2) (略) (3) 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。 (4)～(6) (略) 13 (略)	通知書」(様式第2号(1))又は「義肢等補装具購入・修理費用不承認決定通知書」(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) 義肢等補装具費支給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 (略) (5)～(8) (略) 9～11 (略) 12 費用の請求 (1)及び(2) (略) (3) 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<u>(1)</u>)及び「義肢採型指導料内訳書」(様式第9号(2))を所轄局長に提出する。 (4)～(6) (略) 13 (略)
--	--

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、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、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、<u>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。</u> (2) 支出事務 義肢等補装具の購入費用及び修理費用、<u>義肢採型指導料、症状回答料並びに意見書回答料</u>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、「支出負担行為即支出決定決議書」により、都道府県労働局において決裁の事務を行う。 (3) 及び (4) (略) (5) (2) の決裁に必要な書類 ア (略) 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)	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、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、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、<u>義肢採型指導料、症状回答料及び意見書回答料については「補装具等支給費支出決定書」(様式第 4 号)により、それぞれ決裁の事務を行う。</u> (2) 支出事務 義肢等補装具の購入費用及び修理費用については、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、<u>義肢等補装具の購入費用及び修理費用のうち外国送金及び当地払に係るもの、義肢採型指導料、症状回答料並びに意見書回答料</u>を支出するときは、「支出負担行為即支出決定決議書」により、都道府県労働局において決裁の事務を行う。 (3) 及び (4) (略) (5) (2) の決裁に必要な書類 ア (略) 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<u>(1)</u>)
--	--

(イ)「<u>採型指導料・症状回答料支給決定決議書</u>」 ウ 症状照会に要する費用の支出 (ア) (略) (イ)「<u>採型指導料・症状回答料支給決定決議書</u>」 エ 意見照会に要する費用の支出 (ア) (略) (イ)「<u>意見書回答料支給決定決議書</u>」 (6) (略) 15 旅費の支給 (1) 及び (2) (略) (3) 手続 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。 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、「<u>義肢等補装具旅費支給承認・不承認決定決議書</u>」により承認決定等を行い、その旨を「<u>義肢等補装具旅費支給承認・不承認決定のお知らせ</u>」(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。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は、そ</u>	(イ)「<u>補装具等支給費支出決定書</u>」(様式第 4 号) ウ 症状照会に要する費用の支出 (ア) (略) (イ)「<u>補装具等支給費支出決定書</u>」(様式第 4 号) エ 意見照会に要する費用の支出 (ア) (略) (イ)「<u>補装具等支給費支出決定書</u>」(様式第 4 号) (6) (略) 15 旅費の支給 (1) 及び (2) (略) (3) 手続 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。 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、承認決定等を行い、その旨を「<u>義肢等補装具旅費支給承認・不承認決定通知書</u>」(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。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。
---	--

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、8の(4)の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。

イ及びウ (略)

(5) 費用の支払

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、14の(2)に準じて取り扱う。

16～19 (略)

20 施行期日

(1)～(6) (略)

(7)平成28年 月 日付け基発○第○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。

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、8の(4)の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、概算払いできる。

イ及びウ (略)

(5) 費用の支払

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、支給決定及び支出事務を行うに当たっては、(2)に定める要件を満たすものであるかを確認の上、14の(1)及び(2)の義肢採型指導料、症状回答料及び意見書回答料の取扱いに準じて取り扱う。

16～19 (略)

20 施行期日

(1)～(6) (略)

様式第2号（1）

様式第2号(1)

義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書

照会先

照会先

電話番号

労働局労災補償課

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
	仕 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、製作者には留意する際に十分確認してください。ご不明な点があれば、必ず採型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項目、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、議決があった日から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もの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、取消請求に対する議決を不服又はその取消請求に対する議決の取消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、議決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

様式第2号（1）

様式第2号(1)

義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書

照会先

照会先

電話番号

労働局労災補償課

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
	仕 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、製作者には留意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項目、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、照会先までご連絡ください。

この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日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。〔決定があった日から1年を経過した場合は、取消訴訟は、その審査請求に対する議決の取消を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。〕（議決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。）
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もの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。〔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。〕
ただし、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、取消訴訟は、その審査請求に対する議決の取消を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。〔議決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。〕

様式第2号(2)

様式第2号(2)

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
電話番号
労働局労災補償課

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 ㊟

不承認となった理由は下記の通りです。

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、照会先までご連絡ください。

この決定に不服がある場合には、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不服又はその取消訴訟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、取消請求があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

様式第2号(2)

様式第2号(2)

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
電話番号
労働局労災補償課

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 ㊟

不承認となった理由は下記の通りです。

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、照会先までご連絡ください。

この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日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。(決定があった日から1年を経過した場合は除きます。)
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もの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(決定があった日から1年を経過した場合は除きます。)。
ただし、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、取消訴訟は、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か月以内に提起しなければなりません。(裁決があった日から1年を経過した場合は除きます。)

様式第4号

様式第4号

局 長	部 長	課 長	労災管理調整官	○	○

平成 年 月 日決定

補装具等支給費支出決定書

金						千			円
---	--	--	--	--	--	---	--	--	---

ただし、_____ほか、_____件に対する費用

うち

- ・義肢探型指導料
- ・症状回答料
- ・意見書回答料

円

円

円

○請求金額

円

○査定減

円

内訳は別紙のとおり

様式第4号

局 長	部 長	課 長	勞 務 管 理 調 整 官	○ ○

平成 年 月 日決定

補装具等支給費支出決定書

金					千			日
---	--	--	--	--	---	--	--	---

ただし、 ほか 件に対する費用

うち	・義肢採型指導料	円
	・症状回答料	円
	・意見書回答料	円

○請求金額 円

○査 定 減

円

内訳は別紙のとおり

(様式第 5 号)

様式第 5 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さるようお願いします。

- 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	

(様式第 5 号)

様式第5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さるようお願いします。

- 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。

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
申請者	住 所	(〒)
	氏 名	
義肢・装具の種目及び個数		

(様式第 7 号)

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	
	電 話 番 号	

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

(〒)

住 所

採型指導医

氏 名

(記名押印又は署名)

(様式第 7 号)

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。

平成 年 月 日

(〒)

住 所

採型指導医

氏 名

(記名押印又は署名)

郵政番号 37570	義肢探型指導料請求書 京①管轄局 京②受付年月日 7 平成 京③金融機関コード
---	--

④承認番号	⑤請求金額 金額の欄にマークを付けてください。	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口座名義人 ⑦預金の種類 ⑧口座番号 ⑨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は、記入してください。)	金融機関名 店舗名 口座名義人 ⑩預金の種類 ⑪口座番号 ⑫口座名義人(カタカナ) ⑬口座名義人(カタカナ)		
義肢探型指導 申 請 者 義肢・装具 製 作 業 者	点数	金額	振替
病歴 郵便番号 住所 氏名	⑭探型指導年月日 7 平成		
種目 個数	⑮探型指導年月日 7 平成		
郵便番号 住所 名称	電話番号		
※⑯その他番号			

上記により義肢探型指導料を請求します。 郵便番号

年
月
日

請求人の
住所

労働局長 殿
名称・氏名

印

様式第9号(1)

労働者災害補償保険

義肢採型指導料請求書

勞働局長 殿

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

上記金額を義肢・装具の採型指導料 月分 として請求します。

内訳は別紙のとおりです。(内訳書 枚)

平成 年 月 日

(T)

住所

氏名 _____

(記名押印又は署名)

※ 振込を希望する金融機関の名称	銀行・金庫	本店・本店	
	農協・漁協	出張所	口座番号
	信組	支店・支所	
	預金の種類	普通・当座	口座名義人

(注意)

- (1) 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。
- (2) 請求金額の頭部には、「¥」の文字をつけてください。
- (3) ※の欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合にのみ記入してください。

(削除)

(様式第9号(2))

様式第9号(2)

義肢採型指導料内訳書

承認番号					
申請者の	住所	(〒)			
	氏名				
義肢・装具の	種目 個数				
	採型指導 年月日	平成	年	月	日
製作業者の	所在地	(〒)			
	名称				
内 容		点 数	金 額		摘 要
			千	円	
義肢採型指導					
病 院 名					

式指第10号 (1) (改訂) 義肢等補装具旅費支給申請書	ア イ ウ エ オ カ ク ケ コ サ シ セ ソ タ チ ツ テ ナ ニ ノ ハ ヒ フ ヘ ホ マ ミ ム モ ヤ ユ ヲ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 △ □																				
郵便番号 3 7 6 0 0	※①管轄局 ※②未支給 ※③受付年月日 平成 年 月 日 ※④金融機関コード <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																				
④概算・精算の別 ☐ 概算扱い ☐ 精算扱い	⑤請求金額 全額にキマックを付けてください。 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>百</td><td>十</td><td>百</td><td>十</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> (請求の内訳を裏面に記入してください。)	千	百	十	千	百	十	百	十	百	十										
千	百	十	千	百	十	百	十	百	十												
金融機関名 店名 口座名義人	⑥請求書号 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> (※請求番号を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、承認請求番号の右余白部に記入してください。)																				
⑦預金の種類 ☐ 普通 ☐ 当座	⑧口座番号 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																				
⑨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。漢字・半角点は1文字として記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											⑩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。 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
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。漢字・半角点は1文字として記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											⑫旅行期間初日 平成 年 月 日										
⑬旅行事由 ☐ 1. 義肢、装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子、かつらの修理・装着 2. 防犯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. 義肢の義手に係る装着訓練 4. 義肢の装着 5. コンタクトレンズ、接触面付排尿装置の購入費用に係る検査	⑭旅行期間末日 平成 年 月 日																				
⑮旅行回数 回	⑯旅行期間 平成 年 月 日																				
⑰住所 〒 - 住所 〒 -	⑱旅行期間 平成 年 月 日																				
⑲旅行回数 回	⑳旅行期間 平成 年 月 日																				
⑳旅行回数 回	㉑旅行期間 平成 年 月 日																				
㉒旅行回数 回	㉓旅行期間 平成 年 月 日																				
㉔旅行回数 回	㉕旅行期間 平成 年 月 日																				
㉖旅行回数 回	㉗旅行期間 平成 年 月 日																				
㉘旅行回数 回	㉙旅行期間 平成 年 月 日																				
㉚旅行回数 回	㉛旅行期間 平成 年 月 日																				
㉜旅行回数 回	㉝旅行期間 平成 年 月 日																				
㉞旅行回数 回	㉟旅行期間 平成 年 月 日																				
㊱旅行回数 回	㊲旅行期間 平成 年 月 日																				
㊳旅行回数 回	㊴旅行期間 平成 年 月 日																				
㊵旅行回数 回	㊶旅行期間 平成 年 月 日																				
㊷旅行回数 回	㊸旅行期間 平成 年 月 日																				
㊹旅行回数 回	㊺旅行期間 平成 年 月 日																				
㊻旅行回数 回	㊼旅行期間 平成 年 月 日																				
㊽旅行回数 回	㊾旅行期間 平成 年 月 日																				
㊿旅行回数 回	㊿旅行期間 平成 年 月 日																				

様式第10号（1）（表面）

労働者災害補償保険

義肢等補装具旅費支給申請書

____ 労働局長 殿

義肢等補装具旅費の支給を受けたいので、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（姓名押印又は署名））

1 承認書番号 No. _____ ※義算払いを受ける場合、記入は不要です。

2 旅 費 _____ 円 （内訳を裏面に記入してください。）

事実証明 ※義算払いを受ける場合、記入は不要です。	上記申請者が、当医療機関（施設）において、平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日より平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日まで、1. 義肢・義足、座位保持装置、表袖子、電動車椅子、かつらの採型・装着、2. 筋電運動義手に係る装着訓練、時用装着期間における担架等及び割合判定、3. 筋電式義手に係る装着訓練、4. 義眼の装着、5. コンタクトレンズ、添装器付排便剤の購入費用の支給に係る検査（該当に○）を行ったことを証明します。 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 住 所 _____ 電話番号 ____（ ____ ） - ____ 医療機関又は施設名 _____ 氏 名 _____（印（姓名押印又は署名））												
振り込みを希望する金融機関の名称	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">銀行・金庫</td> <td style="width: 30%;">本店・本所</td> <td style="width: 20%;">預金の種類</td> <td style="width: 20%;">普通・当座</td> </tr> <tr> <td>農協・協裕</td> <td>出張所</td> <td>口座番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>信組</td> <td>支店・支所</td> <td>口座名義人</td> <td></td> </tr> </table>	銀行・金庫	本店・本所	預金の種類	普通・当座	農協・協裕	出張所	口座番号		信組	支店・支所	口座名義人	
銀行・金庫	本店・本所	預金の種類	普通・当座										
農協・協裕	出張所	口座番号											
信組	支店・支所	口座名義人											

(様式第 1 0 号 (2))

様式第10号 (2)

様

照会先

労働局労災補償課
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、審査請求に対する最終を経る前又はその審査請求に対する最終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、最終があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

(様式第 1 0 号 (2))

様式第10号(2)

平成 年 月 日

〇 〇 〇 〇 殿

〇 〇 労働局長

印

義肢等補装具旅費支給承認・不承認決定通知書

平成 年 月 日付けをもって申請された義肢等補装具旅費申請について、下記のとおりに決定しましたので通知します。

記

1 承認事項 全部 ・ 一部 ・ 不承認

2 承認額 _____円

一部承認又は不承認の理由

この決定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には、決定があったことを知った日の翌日から起算して60日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（決定があった日から1年を経過した場合は除きます。）。

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（決定があった日から1年を経過した場合は除きます。）。

ただし、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、取消訴訟は、その審査請求に対する最終の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません（最終があった日から1年を経過した場合は除きます。）。

照会先 〇〇労働局労働基準部労災補償課〇〇係
電話 〇〇〇-〇〇〇〇

(様式第 1 0 号 (3))

様式第10号 (3)

標

照会先

電話番号

労働局労災補償課

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、新たに変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 (改増額)	
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事務大臣となります。）、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、審査請求に対する最終を経る前又はその審査請求に対する最終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、最終があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

(様式第 1 6 号)

様式第 16 号

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 _____ 性 別 _____

(様式第 1 6 号)

様式第 16 号

平成 年 月 日

病 院
診療所

殿

〇〇労働局長

症 状 照 会 書

下記申請者より、義肢等補装具の_____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。

記

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____ () 性 別 男 ・ 女

(様式第 1 7 号)

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 1 7 号)

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))

様式第 18 号(1)

平成 年 月 日

労 働 局 長 殿

医師 _____ 印

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 _____ 性 別 _____

種 目 _____

記

症 状 の 状 態

○ コント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。）

BC Pwr Size Cyl.p Axs

右

左

申請受付番号

(様式第 18 号 (1))

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します。

記

申請者の氏名・年齢

申請者の住所

()

症 状 の 状 態

○ コント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。）

BC Pwr Size Cyl.p Axs

右

左

(様式第 18 号 (2))

様式第 18 号(2)

労 働 局 長 殿

平成 年 月 日

医師 _____ 印

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 _____ 性 別 _____

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 (2))

様式第 18 号(2)

〇 〇 労 働 局 長 殿

平成 年 月 日

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します。

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 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	

(様式第 18 号 (3))

様式第 18 号(3)

労働局長 殿

平成 年 月 日

医師 ⑤

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 性 別

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 (3))

様式第 18 号(3)

〇 〇 労働局長 殿

平成 年 月 日

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します。

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 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

(様式第 18 号 (4))

様式第 18 号(4)

労働局長殿

平成 年 月 日

医師 印

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 性別

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

(様式第 18 号 (4))

様式第 18 号(4)

〇〇労働局長殿

平成 年 月 日

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します。

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 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)

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：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。)

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：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。)

(様式第 19 号)

様式第19号

労働者災害補償保険

標準
字体

6	7	8	9	ア	イ	ウ	エ	オ
1	6	イ	キ	シ	フ	ヘ	ミ	リ
2	7	ウ	ク	ス	セ	ゾ	ム	ロ
3	8	エ	ケ	セ	オ	ヘ	ム	リ
4	9	オ	コ	ロ	ホ	モ	ヨ	リ

○横点、半濁点
は一字と
して書いてくだ
さい。
(例)
カ「リ」

症状回答料請求書

領票種別

37580

※①管轄局

7

平成

※③金融機関コード

※②受付年月日

※④金融機関コード

※⑤請求金額 半額の額に「キ」マークを付けてください。

※⑥指定医療機関番号

④申請受付番号

⑤請求金額

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

②口座名義人

⑦預金の種類

⑧口座番号

⑨金融機関コード

以下に納得す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

①②
 ①③
 ①④
 ①⑤
 ①⑥
 ①⑦
 ①⑧
 ①⑨
 ①⑩
 ①⑪
 ①⑫
 ①⑬
 ①⑭
 ①⑮
 ①⑯
 ①⑰
 ①⑱
 ①⑲
 ①⑳
 ①㉑
 ①㉒
 ①㉓
 ①㉔
 ①㉕
 ①㉖
 ①㉗
 ①㉘
 ①㉙
 ①㉚
 ①㉛
 ①㉜
 ①㉝
 ①㉞
 ①㉟
 ①㊱
 ①㊲
 ①㊳
 ①㊴
 ①㊵
 ①㊶
 ①㊷
 ①㊸
 ①㊹
 ①㊺
 ①㊻
 ①㊼
 ①㊽
 ①㊾
 ①㊿

②①
 ②②
 ②③
 ②④
 ②⑤
 ②⑥
 ②⑦
 ②⑧
 ②⑨
 ②⑩
 ②⑪
 ②⑫
 ②⑬
 ②⑭
 ②⑮
 ②⑯
 ②⑰
 ②⑱
 ②⑲
 ②⑳
 ②㉑
 ②㉒
 ②㉓
 ②㉔
 ②㉕
 ②㉖
 ②㉗
 ②㉘
 ②㉙
 ②㉚
 ②㉛
 ②㉜
 ②㉝
 ②㉞
 ②㉟
 ②㊱
 ②㊲
 ②㊳
 ②㊴
 ②㊵
 ②㊶
 ②㊷
 ②㊸
 ②㊹
 ②㊺
 ②㊻
 ②㊼
 ②㊽
 ②㊾
 ②㊿

③①
 ③②
 ③③
 ③④
 ③⑤
 ③⑥
 ③⑦
 ③⑧
 ③⑨
 ③⑩
 ③⑪
 ③⑫
 ③⑬
 ③⑭
 ③⑮
 ③⑯
 ③⑰
 ③⑱
 ③⑲
 ③⑳
 ③㉑
 ③㉒
 ③㉓
 ③㉔
 ③㉕
 ③㉖
 ③㉗
 ③㉘
 ③㉙
 ③㉚
 ③㉛
 ③㉜
 ③㉝
 ③㉞
 ③㉟
 ③㊱
 ③㊲
 ③㊳
 ③㊴
 ③㊵
 ③㊶
 ③㊷
 ③㊸
 ③㊹
 ③㊺
 ③㊻
 ③㊼
 ③㊽
 ③㊾
 ③㊿

①預金の種類

②口座番号

③口座名義人

④口座名義人

⑤口座名義人

⑥口座名義人

⑦口座名義人

⑧口座名義人

⑨口座名義人

上記により症状回答料を請求します。

⑪ 郵便番号

$$\square\square\square - \square\square\square\square$$

④住所

請求人の

⑫名称·氏名

労働局長 殿

(様式第 19 号)

様式第19号

労働者災害補償保険

症状回答料請求書

労働局長 殿

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

上記金額を義経等補装具の症状回答料 月分 として請求します。

なお、症状回答した件数、内容は、以下のとおりです。

	日 付	申 請 者
1		
2		
3		
4		
5		

平成 年 月 日

(千)

住 所

氏 名 (記名押印又は署名)

※ 振込を希望する金融機関の名称	銀行・金庫 農協・漁協 信組	本店・本所 出張所 支店・支所	口座番号	
	預金の種類	普通・当座	口座名義人	

(注意)

- (1) 請求金額の頭部には、「¥」の文字をつけてください。
(2) ※の欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合にのみ記入してください。

(様式第 2 0 号)

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 _____ 性 別 _____

添付書類 _____

(様式第 2 0 号)

様式第 20 号

平成 年 月 日

病 院
診療所 _____ 殿

〇〇労働局長

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 _____ () 性 別 男 ・ 女

添付書類 _____

(様式第 2 1 号)

様式第 21 号

平成 年 月 日

労 働 局 長 殿

医師 _____ 印

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 _____ 性 別 _____

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

(様式第 2 1 号)

様式第 21 号

平成 年 月 日

○ ○ 労 働 局 長 殿

病 院
診療所

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。

記

申請者の氏名・年齢

()

申請者の住所

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

(様式第 2 2 号)

様式第22号 労働者災害補償保険 意見書回答料請求書

標準字体 〇5アガサタナハモヤラフ 〇漢字、半漢字は一字半として書いてください。(所)

① 郵便番号 37640

※① 管轄局 ※② 受付年月日 ※③ 支払先コード ※④ 金融機関コード

⑤ 請求申請受付番号

⑥ 請求金額 金融機関の印に「¥」をつけてください。 ⑦ 指定医療機関番号

指定医療機関 金融機関名 ⑧ 預金の種類 ⑨ 口座番号

店鋪名 ⑩ 金融機関コード

⑪ 口座名義人

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 店鋪名 口座名義人

銀行・金庫 農協・漁協 本店・本所 出張所 支店・支所

⑫ 預金の種類 ⑬ 口座番号

⑭ 口座名義人 (カタカナ) : 姓と名の略を文字あけて記入してください。漢字・半漢字は文字として記入してください。

⑮ 口座名義人 (カタカナ) : 姓と名の略を文字あけて記入してください。漢字・半漢字は文字として記入してください。

⑯ 口座名義人 (カタカナ) : 姓と名の略を文字あけて記入してください。漢字・半漢字は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 ⑰ 意見書回答年月日

⑱ その他番号

上記により意見書回答料を請求します。

⑲ 郵便番号

請求人の 労働局長 殿

(様式第 2 2 号)

様式第22号 労働者災害補償保険 意見書回答料請求書

労働局長 殿

請求金額 千 円

上記金額を義肢等補装具の意見書回答料 月分として請求します。

なお、回答した件数、内容は、以下のとおりです。

	日付	申請者
1		
2		
3		
4		
5		

平成 年 月 日

(千)

住所

氏名 (記名押印又は署名)

※ 振込を希望する金融機関の名称	銀行・金庫 農協・漁協 信組	本店・本所 出張所 支店・支所	口座番号	口座名義人
	預金の種類	普通・当座		

- (注 意)
- 請求金額の頭部には、「¥」の文字をつけてください。
 - ※の欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合にのみ記入してください。