

義肢等補装具費支給制度 のご案内

仕事中や通勤途中で、けがや病気になり、そのために体の一部を失ったり、障害が残った方に対して、労災保険では、社会生活への復帰を支援するための制度（社会復帰促進等事業）として、義肢等補装具の購入費用や修理費用を支給しています。

また、義肢・補装具などの採型や、装着訓練のために、医療機関などへ行くための交通費、宿泊費なども支給されます。

このパンフレットでは、支給対象となる義肢等補装具の種類（支給種目）や支給基準、必要な手続きについて紹介します。

目 次

支給種目	2
支給基準	3
修理基準	14
義肢等補装具（筋電電動義手の購入を除く） の購入（修理）費用支給の流れ	15
筋電電動義手の購入費用支給の流れ	16
支給・修理の手続	17
旅費の支給	21

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、以下のとおりです。

○印は、支給のために必要な実施項目です。

支給要件については、それぞれのページを参照してください。

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

※筋電電動義手の装着訓練、片側上肢切断者の筋電電動義手の試用装着期間の指導等については、18ページの4をご覧ください。

支給基準

1-1 義肢

支給対象者

- (1) 上肢や下肢の全部、または一部を失ったことで、労災保険法による障害補償給付、または障害給付（以下「障害（補償）給付」という）の支給決定を受けた方、または受けると見込まれる方
- (2) 上肢や下肢の全部、または一部を失ったことで、その傷病について、労災保険指定医療機関などで療養し、労災保険法の療養補償給付、または療養給付（以下「療養（補償）給付」という）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な方
- (3) 「11 車椅子」、または「12 電動車椅子」（8 ページ）の各支給対象者の(1)～(4)のいずれかに該当する方で、特に必要と認められる方
- (4) すでに装着していた義肢※が、工作中、または通勤途中に壊れてしまい、修理不能となったものを持っている方
※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。
（現物で支給されたものを含む。以下同じ）
- (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（0.5～5 年）を超えたものを持っている方※
※(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。

支給の範囲

1 つの障害部位につき 2 本※を支給対象とします。

※型式が同じかどうかは、問いません。

- 上記(4)に該当する方については、壊れた義肢 1 本につき 1 本
- 上記(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]
- 下記 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

能動式義手の装着訓練を希望される場合、外科後処置として受けることができます。
能動式義手の装着訓練については、17 ページの 3 をご覧ください。

1-2 筋電電動義手

支給対象者

1 両上肢切断者

- (1) 両方の上肢を手関節以上で失ったことによって、障害（補償）給付を受けた方、また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ための判断力がある方
 - ウ 筋電電動義手を使用するための十分な筋力がある方
 - エ ソケットの装着が可能な断端である方
 - オ 肩、肘の関節の機能に著しい障害がない方

- (2) 片方の上肢を手関節以上で失うとともに、もう一方の上肢の機能を全て失った、また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、または受けると見込まれる方で、上記(1)の要件を全て満たす方

2 片側上肢切断者

- (1) 片方の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、または受けると見込まれる方で、次のアからウの要件を全て満たす方

ア 次の(ア)から(ウ)のいずれかに該当する方

(ア) 就労中（休職中を含む）の方で、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などが見込まれる方

(イ) 申請時に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方（公共職業安定所への求職申込など就職活動中の方を含む）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などが見込まれる方

(ウ) 非切断肢側の上肢、また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方

イ 筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間における指導等、適合判定を実施する医療機関で、筋電電動義手の装着訓練を修了し、試用装着期間を経過している方

ウ 両上肢切断者の要件(1)のアからオを全て満たす方で、筋電電動義手を継続して使用することが可能な方

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費用の支給については、下記に基づいて判断しますので、その結果によっては購入費用を支給できない場合があります。

[両上肢切断者]

「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)：34ページ）

[片側上肢切断者]

「就労状況等に関する申立書」（様式第1号(2)：24ページ）

「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)：35ページ）

装着訓練、試用装着期間の指導等、適合判定については、18ページの4をご覧ください。

筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間における指導等、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適合判定の終了後、下記の書面により、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」という）へ報告してください。

[両上肢切断者]

「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)：34ページ）

[片側上肢切断者]

「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)：35ページ）

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、または明らかに筋電電動義手の支給基準（3～4ページ参照）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：37ページ）によって、所轄局長に報告してください。

2 上肢装具、下肢装具

支給対象者

- (1)上肢、また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、または受けると見込まれる方
- (2)下肢装具について、「11 車椅子」、または「12 電動車椅子」（8ページ）の各支給対象者の(1)～(4)のいずれかに該当する方で、特に必要と認められる方
- (3)すでに装着していた上肢装具、または下肢装具[※]が、工作中、または通勤途中で壊れてしまい、修理不能となったものを持っている方
※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。
- (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、または下肢装具で、耐用年数（1～3年）を超えたものを持っている方[※]
※(3)で支給された上肢装具、また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。

支給の範囲

- 1つの障害部位につき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、または下肢装具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、また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（1～3年）を超えたものを持っている方

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、また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、または受けると見込まれる方で、座位が不可能も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（3年）を超えたものを持っている方

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、または受けると見込まれる方
- (2)すでに使用していた盲人安全つえ[※]が、工作中、または通勤途中に壊れてしまい、使用不能となったものを持っている方
※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。
- (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（2～5年）を超えたものを持っている方[※]
※(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。

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)片方の眼、また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、または受けると見込まれる方
- (2)すでに装嵌していた義眼[※]が、工作中、または通勤途中に壊れてしまい、使用不能となったものを持っている方
※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。
- (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（2年）を超えたものを持っている方[※]
※(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。

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)片方の眼、また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、また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（4年）を超えたものを持っている方

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ついては、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購入費用を支給できない場合があります。

症状照会については、17ページの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)：39ページ）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、また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（5年、または7年）を超えたものを持っている方

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)片方の耳、また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、また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（5年）を超えたものを持っている方

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

10 人工喉頭

支給対象者

- (1)言語の機能を失ったことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた方、また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（4年、または5年）を超えたものを持っている方

支給の範囲

1障害につき1個を支給対象とします。

11 車椅子

支給対象者

- (1)両方の下肢の機能を全て失った、または両方の下肢を失ったことで、障害（補償）給付の支給決定を受けた方、または受けると見込まれる方で、義足や下肢装具の使用が不可能である方
- (2)両方の下肢の機能を全て失った、または両方の下肢を失ったことで、療養（補償）給付を受けている方で、傷病が症状固定した後も、義足や下肢装具の使用が不可能であることが明らかである方※
※おおむね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。
- (3)両方の下肢の機能を全て失った、または両方の下肢を失ったことで、労災保険法による傷病補償年金、または傷病年金（以下「傷病（補償）年金」という）の支給決定を受け、療養のために通院している方で、義足や下肢装具の使用が不可能である方
- (4)片方の下肢の機能を全て失った、または片方の下肢を失ったことで、障害（補償）給付の支給決定を受けた方、または受けると見込まれる方で、上肢の障害により義足や下肢装具の使用が不可能である方
- (5)すでに使用していた車椅子※が、工作中、または通勤途中で壊れてしまい、修理不能となったものを持っている方
※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。
- (6)社会復帰促進等事業から購入費用が支給された車椅子で、耐用年数（6年）を超えたものを持っている方※
※(5)で支給された車椅子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。
- (7)「12 電動車椅子」（8ページ）の支給対象者の(1)～(4)のいずれかに該当する方で、特に必要と認められる方
- (8)「22 ギャッチベッド」（12ページ）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 電動車椅子

支給対象者

- (1)両方の下肢と両方の上肢に著しい障害を残すことで、障害（補償）給付の支給決定を受けた方、または受けると見込まれる方で、車椅子の使用が著しく困難であると認められる方
- (2)両方の下肢と両方の上肢の傷病に関し、療養（補償）給付を受けている方で、傷病が症状固定した後も車椅子の使用が不可能であると認められる方※
※おおむね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。
- (3)両方の下肢と両方の上肢に著しい障害を残したことで、傷病（補償）年金の支給決定を受け、療養のために通院している方で、車椅子の使用が不可能な方
- (4)片方の下肢の機能を全て失った、または片方の下肢を失ったことで、障害（補償）給付の支給決定を受けた方、または受けると見込まれる方で、他方の下肢と上肢の障害によって、義足や下肢装具の使用が不可能で、車椅子の使用が著しく困難であると認められる方
- (5)業務災害や通勤災害により呼吸器、または循環器の障害を受けた方で、次のア、イいずれかに該当し、かつ、車椅子の使用が著しく困難であると認められる方

- ア 呼吸器や循環器の障害によって、傷病（補償）年金第1級の支給決定を受けた方、また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、また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、動脈血炭酸ガス分圧が限界値範囲（37Torr 以上 43Torr 以下）でないこと
 - (ウ) 高度の呼吸困難が認められ、かつ、%1秒量が 35 以下、または%肺活量が 40 以下であること
- (6)社会復帰促進等事業から購入費用が支給された電動車椅子で、耐用年数（6年）を超えたものを持っている方

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、また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、また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（5年）を超えたものを持っている方

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、尿路系腫瘍などの傷病のため、尿失禁を伴うこと、また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、また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（1年）をえたものを持っている方

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、または小腸に人工肛門を造設したことによって、障害（補償）給付の支給決定を受けた方、または受けると見込まれる方
- (2)大腸、または小腸に皮膚瘻を残し、腸内容の全部もしくは大部分が漏出すること、または腸内容がおおむね1日に100ml以上を漏出することで、障害（補償）給付の支給決定を受けた方、または受けると見込まれる方
- (3)大腸、または小腸に皮膚瘻を残し、腸内容が1日に少量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、特に医師がストマ用装具の使用の必要があると認められた方

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られ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）については、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購入費用を支給できない場合があります。

症状照会については、17ページの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)：40ページ）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、または一部を失い、または下肢の機能に障害を残すことによって、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、または受けると見込まれる方で、義足や下肢装具の使用が可能である方
- (2)すでに使用していた歩行補助つえ※が、工作中、または通勤途中に壊れてしまい、修理不能となったものを持っている方
※社会復帰促進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。
- (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えで、耐用年数（2～4年）を超えたものを持っている方※
※(2)で支給された歩行補助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。
- (4)「11 車椅子」、または「12 電動車椅子」（8ページ）の各支給対象者の(1)～(4)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、松葉づえは1人につき2本、松葉づえ以外の歩行補助つえは、両方の下肢に障害のある場合に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（目立つ傷跡）を残すことによって、障害（補償）給付の支給決定を受けた方、また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が壊れてしまった方（故意に壊した場合を除く）

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、または排便反射を支配する神経の損傷によって、用手摘便を要する状態、または恒常的に1週間に排便が2回以下の高度な便秘を残すことによって、障害（補償）給付の支給決定を受けた方、また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た方

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、または銘柄・用量変更の場合）については、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購入費用を支給できない場合があります。
症状照会については、17ページの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)：41ページ）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、または障害（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や、両方の上下肢の機能を全て失った、または両上下肢を失った方のうち、常時介護の介護補償給付、また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（電動式を含む）

支給対象者

次のア、イのいずれかに該当し、かつ、ウ～カまでの全てに該当する方に支給します（新規支給の場合は、力の要件は除くものとする）。

- 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号もしくは第2号に該当する方、また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、自宅療養者、または義肢など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、または受けると見込まれる方のうち、障害等級第1級第3号もしくは第4号に該当する方、またはこれらと同程度の障害の状態にあると認められる方
- ウ 車椅子、または義肢の使用が不可能である方
- エ 療養者の症状、介助用リフターの性能、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 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（5年）を超えたものを持っている方

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（車椅子・電動車椅子用）

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椅子、または電動車椅子を使用する方のうち、床ずれがでん部、また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（3年、または4年）を超えたものを持っている方（社会復帰促進等事業から購入費用が支給された車椅子、または電動車椅子を使用している方に限る）

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)、(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号もしくは第2号に該当する方、また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、自宅療養者である方（義肢など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）
 - (2)障害（補償）給付の支給決定を受けた方、または受けると見込まれる方のうち、障害等級第1級第3号もしくは第4号に該当する方、またはこれらと同程度の障害の状態にあると認められる方
 - (3)車椅子（手押し型車椅子を除く）、また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)両方の上下肢の機能を全て失った、または両方の上下肢を失い、かつ、言語の機能を失ったことにより、障害（補償）給付の支給決定を受けた方、また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（5年）を超えたものを持っている方

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）については、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購入費用を支給できない場合があります。
症状照会については、17ページの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)：42ページ）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等補装具が、通常の使用状態※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かかった費用の支給を受けることができます。

◆対象となる義肢等補装具

義肢（筋電電動義手を含む）、上肢装具、下肢装具、体幹装具、座位保持装置、盲人安全つえ、眼鏡（コンタクトレンズを除く）、補聴器、人工喉頭、車椅子、電動車椅子、歩行車、収尿器、歩行補助つえ、介助用リフター（電動式を含む）、フローテーションパッド（車椅子・電動車椅子用）、重度障害者用意思伝達装置

※本人の故意によらない事故によって壊れた場合を含みます。

2 修理の範囲

修理の範囲は、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、耐用年数の範囲内であれば、回数に制限はありません。

義肢等補装具（筋電電動義手の購入を除く）の 購入費用・修理費用支給の流れ

申請者 労働局へ「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」を提出

労働局 労働局において内容の審査（調査）
申請者の診療担当医療機関に対し症状照会を実施 ※ 1

労働局 労働局から申請者に「義肢等補装具購入・修理費用支給承認（不承認）決定通知書」を送付 ※ 2

申請者 義肢等補装具業者に義肢等補装具の購入(修理)の注文を行う
義肢採型指導医において採型指導を実施 ※ 3

業者 義肢等補装具業者が、申請者に義肢等補装具を引き渡す

費用負担せずに義肢等補装具の受給を希望する場合

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

申請者 費用請求書に必要事項（受領委任の手続等）を記入する

業者 義肢等補装具業者が申請者に費用を請求

申請者 義肢等補装具業者に費用請求書等を渡す

申請者 義肢等補装具業者に費用を支払う

業者 義肢等補装具業者が労働局に費用請求書等を提出

申請者 労働局に費用請求書等を提出

労働局 労働局が義肢等補装具業者に費用を支払う

労働局 労働局が申請者に費用を支払う

- ※ 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
- ※ 2 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 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出来ます。
- ※ 3 採型指導を実施する種目：義肢、上肢装具、下肢装具、体幹装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子

筋電電動義手の購入費用支給の流れ

申請者 労働局へ「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」(片側上肢切断者の方は「就労状況等に関する申立書」を添付)と「外科後処置申請書」を提出

労働局 労働局から申請者に「外科後処置承認(不承認)決定通知書」を送付

申請者 装着訓練(片腕上肢切断者の方は、試用装着期間の指導等を含む)の実施、適合判定

労働局 労働局において内容の審査(調査)

労働局 労働局から申請者に「義肢等補装具購入・修理費用支給承認(不承認)決定通知書」を送付※

申請者 義肢等補装具業者に義肢等補装具の購入(修理)の注文を行う
義肢採型指導医において採型指導を実施

業者 義肢等補装具業者が、申請者に筋電電動義手を引き渡す

費用負担せずに義肢等補装具の受給を希望する場合

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

申請者 費用請求書に必要な事項(受領委任の手続等)を記入する

業者 義肢等補装具業者が申請者に費用を請求

申請者 義肢等補装具業者に費用請求書等を渡す

申請者 義肢等補装具業者に費用を支払う

業者 義肢等補装具業者が労働局に費用請求書等を提出

申請者 労働局に費用請求書等を提出

労働局 労働局が義肢等補装具業者に費用を支払う

労働局 労働局が申請者に費用を支払う

※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出来ます。

支給・修理の手続

1 申請

義肢等補装具の購入、または修理にかかる費用の支給を受けようとする方（以下「申請者」という）は、「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」（様式第1号(1)：22ページ）を所轄局長に提出してください。

○下記の要件に該当する場合は、添付する書類にご注意ください。

- ◆筋電電動義手の購入費用の支給を受けようとする方で、4ページの2の(1)のアの(ア)または(イ)に該当する方
→ 申請書に「就労状況等に関する申立書」（様式第1号(2)：24ページ）を添付してください。
- ◆介助用リフターの購入、または修理費用の支給を受けようとする方
→ 申請書に「介護人等の状況報告書」（様式第1号(3)：25ページ）を添付してください。

●**支給額には上限があります。実際にかかった費用と上限額との差額は自己負担となりますので、ご注意ください。**

2 症状照会

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

種 目	照会の内容
① 眼鏡（コンタクトレンズに限る）	申請の都度
② ストマ用装具	原則として新規申請時。
③ 浣腸器付排便剤	ただし、③については、薬剤の銘柄、用量を変更する場合についても行う。
④ 重度障害者用意思伝達装置	

なお、①と③（申請者が薬剤の銘柄、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：38ページ）による連絡を受けてから、診療担当医療機関で検査を受けてください。

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)～(4)：39～42ページ）を所轄局長へ提出してください。

3 能動式義手の装着訓練

- (1)症状固定後に能動式義手の装着訓練を希望する申請者は、「外科後処置申請書」（外科後処置実施要綱の様式第1号：44ページ）を所轄局長に提出してください。
- (2)所轄局長から申請者に「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)：45ページ）を交付しますので、申請者は、それを医療機関に提出して、能動式義手の装着訓練を受けてください。
装着訓練の期間は、次ページの表をご覧ください。

4 筋電電動義手の装着訓練、適合判定

1 両上肢切断者

- (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：44ページ）を所轄局長に提出してください。
- (2)所轄局長から申請者に「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)：45ページ）を交付しますので、申請者は、それを医療機関に提出して、筋電電動義手の装着訓練と適合判定を受けてください。
装着訓練の期間は、下の表をご覧ください。

2 片側上肢切断者

- (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：44ページ）を所轄局長に提出してください。
- (2)所轄局長から申請者に「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)：45ページ）を交付しますので、申請者は、それを医療機関に提出して、筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間における指導等、および適合判定を受けてください。
装着訓練、試用装着の期間は、次の表をご覧ください。

[装着訓練、試用装着の期間]

訓練の種類		装着訓練の期間		
		原則	最大訓練期間※	
装着訓練	前腕切断	筋電電動義手、または能動式義手のみ	4週間	最大10週間
		筋電電動義手+能動式義手	8週間	最大14週間
	上腕切断	筋電電動義手、または能動式義手のみ	6週間	最大12週間
		筋電電動義手+能動式義手	10週間	最大16週間
試用装着期間		最大6か月		

※担当医の判断により、装着訓練の期間を最大4週間、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ます。

片側上肢切断者の試用装着期間は最大6か月で、担当医師が申請者の義手の取り扱いの習熟度などを踏まえ、医学的に必要な期間を決めます。

医療機関は、試用装着期間において、月に1回程度、申請者に対し指導等を行ってください。

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、適合判定の終了後、下記の書面により所轄局長に報告してください。

[両上肢切断者]

「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)：34ページ）

[片側上肢切断者]

「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)：35ページ）

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、または明らかに筋電電動義手の支給基準（3～4ページ参照）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：37ページ）によって、所轄局長に報告してください。

5 承認

所轄局長は、申請者が支給基準、または修理基準を満たすものであると認めるときは、申請者に「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)：26ページ）を交付します。また、申請者が支給基準、または修理基準を満たさないと認めるときは、申請者に「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)：27ページ）を交付します。

支給基準、修理基準を満たすかどうかは、筋電電動義手で両上肢切断者については、「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)：34ページ）に基づいて判断し、片側上肢切断者については、「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)：35ページ）と、「就労状況等に関する申立書」（様式第1号(2)：24ページ）に基づいて判断します。

また、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いて判断します。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」に「症状照会に対する回答書」（様式第18号(1)～(4)：39～42ページ）を添付して交付します。

※所轄局長が交付した「義肢等補装具購入・修理費用支給承認（不承認）決定通知書」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。

6 注文

承認を受けた申請者は、速やかに義肢等補装具の製作、または修理などを行う業者（以下「義肢等補装具業者」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)：26ページ）を提示し、義肢等補装具の購入、または修理の注文を行ってください。

このとき、症状照会が必要な義肢等補装具の購入、または修理の場合は、「症状照会に対する回答書」（様式第18号(1)～(4)：39～42ページ）も併せて提示してください。

また、注文を取りやめた場合は、直ちに所轄局長に、その旨を報告してください。

●**所轄局長の承認を受けるまで注文は行わないようにしてください。**

7 採型指導

(1)採型指導は、次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、下肢装具
- ④体幹装具
- ⑤座位保持装置
- ⑥車椅子
- ⑦電動車椅子

(2)所轄局長は、上記の支給種目の購入費用の支給申請について承認を行った場合、「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」（様式第1号(1)：22ページ）で申請者が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：28ページ）によって採型指導を依頼します。申請者は、その医療機関で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。

義肢等補装具を製作、または修理した義肢等補装具業者の方は、義肢採型指導医にその義肢等補装具を提示して検査を受けてください。

また、義肢採型指導医は、検査の結果、その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：29ページ）を義肢等補装具業者に交付してください。

8 引渡しと受領委任

申請者は、購入、または修理にかかった費用は、厚生労働省から支給されますが、この費用の受領を義肢等補装具業者へ委任する^{※1}ことができます。これにより、申請者は、購入、または修理にかかった費用を義肢等補装具業者へ支払う必要がなくなります。

この受領委任を行う場合は、申請者が「義肢等補装具購入・修理費用請求書」（様式第8号(1)：30ページ）^{※2}の委任状欄に住所、氏名、委任先（義肢等補装具業者）などを記入し、請求書に「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」（写し）（様式第2号(1)：26ページ）を添付し、義肢等補装具業者へ渡してください。

※1 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。

※2 請求人欄には、申請者の住所、氏名などを記入してください。

義肢等補装具の購入、または修理にかかった費用について、受領委任された義肢等補装具業者の方は、申請者から「義肢等補装具購入・修理費用請求書」「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」（写し）を受け取り、それらを申請者に代わって所轄局長に提出してください。

9 費用の請求

所轄労働局に対して、義肢等補装具の購入、または修理にかかった費用を請求する場合は、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」（様式第8号(1)：30ページ）、「義肢等補装具購入・修理費用支給承認決定通知書」（写し）（様式第2号(1)：26ページ）を提出してください。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)：31～33ページ）
- ② [採型指導を行った場合]
義肢採型指導医が交付した「証明書」（様式第7号：29ページ）
- ③ [申請者が義肢等補装具の購入、また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]
領収書

申請者から購入、または修理にかかった費用の支払いを受けた義肢等補装具業者の方は、領収書の発行と併せて、「義肢等補装具購入・修理費用内訳書」（様式第8号(2)～(4)：31～33ページ）を申請者に渡してください。

また、採型指導を行っている場合は、領収書の発行と併せて、義肢採型指導医から交付された「証明書」（様式第7号：29ページ）を申請者に渡してください。

10 差額の自己負担

申請者が希望するデザイン、素材などを選択することで、基準に定める金額（上限額）を超えることになった場合、種目、名称、型式、基本構造などの要件を満たせば、申請者がその差額を負担することにより、基準額を超える義肢等補装具を購入、または修理することができます。

旅費の支給

1 対象者

次のような場合には、旅費が支給されます。

- ア 義肢、上肢装具、下肢装具、体幹装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子、かつらの採型や装着のための移動
- イ 筋電電動義手の装着訓練、試用装着期間における指導等、適合判定のための移動
- ウ 能動式義手の装着訓練のための移動
- エ 義眼の装嵌のため移動する方
- オ 眼鏡（コンタクトレンズに限る）、浣腸器付排便剤の購入に関する検査のための移動

2 範囲

支給対象は日本国内の移動とし、支給金額は最も経済的な経路・方法で移動した場合の金額とします。なお、必要と認められる限り、回数に制限はありません。詳細は下記のとおりです。

- 旅費には、交通費（鉄道賃・船賃・車賃）と宿泊費があります。
- 鉄道賃・船賃については、普通旅客運賃を支給します。
なお、片道 50 キロメートル以上で、普通急行列車による移動の場合は急行料金を支給し、片道 100 キロメートル以上で、特別急行列車による移動の場合は特別急行料金を支給します。
- 車で移動する場合（車賃）は、1 キロメートルにつき、37 円として計算します。
- 宿泊費は、地理的事情などにより宿泊の必要が認められる場合に限り、1 泊につき 8,700 円の範囲で実費額とします。（飲酒、遊興費、その他これらに類する費用は除く）
- 定期券や回数券など運賃の割引を受けられる場合は、その実費額を支給します。
- 航空運賃については、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場合は、都道府県労働局、または労働基準監督署にご相談ください。
- 上記の規定によらな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」やその運用方針に準じ、最も経済的と認められる経路・方法によって移動した場合の金額を支給するものとします。

義肢等補装具 購入修理 費用支給申請書

標準字体

Table with Japanese characters in a grid format for standard font reference.

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カヽハ。

帳票種別 ※37500 ①管轄局

② 労働保険番号 ③ 管轄局 種別 西暦年 番号

④ 生年月日 ⑤ 負傷又は発病年月日 ※⑥ 受付年月日

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

(ウ) 障害等級 第 級 第 号 (エ) 治癒年月日 (イ) 障害(補償)年金又は傷病(補償)年金の支給決定年月日

(オ) 傷病名 (カ) 障害の部位

修理または交換箇所

⑧ 支給種目 ⑨ 購修別 ⑩ 新継別

Table listing various prosthetic and medical equipment items with their corresponding codes.

⑪ 義肢等補装具の名称

⑫ 左右の別 ⑬ 数量 ⑭ き損年月日 前回受給年月日

希望補装具業者 名称 電話番号 郵便番号 住所

指導機採関型 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「義肢等き損現認証明欄」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。

※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

郵便番号入力欄

電話

局番

年 月 日

住所 () 方

氏名 印

申請者の

労働局長 殿

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 _____

上記の通り証明します。

(行)

事業主住所 _____

事業主氏名 _____ (印)
(記名押印又は署名)

記 事 欄

就労状況等に関する申立書

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(記名押印又は署名)

印

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。

平成 年 月 日

事業の名称

事業場の所在地

事業主の氏名

印

(記名押印又は署名)

- 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。

平成 年 月 日

事業の名称

事業場の所在地

事業主の氏名

印

(記名押印又は署名)

- 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(「ハローワークカードの写し」、「職業訓練の受講証明書の写し」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

.....
.....

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年を経過した場合を除きます。)

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年を経過した場合を除きます。)

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年を経過した場合を除きます。)

義肢等補装具購入・修理費用支給不承認決定通知書

殿

照会先

労働局労災補償課

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 

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年を経過した場合を除きます。)

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年を経過した場合を除きます。)

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年を経過した場合を除きます。)

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。

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		

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、半濁点は一文字として書いてください。(例)

カハ

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
7 平成

※④支給種目
種目 枝番
※⑤金融機関コード
金融機関 店舗

7 平成

※⑥郵便局コード

金融機関コード

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

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
⑳住所
㉑名称・名前

⑳受領年月日
元号 年 月 日
7 平成

委任状
私は、義肢等補装具製作者 _____ 平成 年 月 日
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 _____ 印 (記名押印または署名)

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 _____ 局番 _____
電話 _____
⑳住所 _____ (方)
㉑氏名 _____ 印
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	ア. 名称					
	イ. 型式					
	ウ. 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
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						
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、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、コ.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 骨格構造義肢の 名称・型式等	ア. 名称					
	イ. 型式					
	ウ. 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
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						
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、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、コ.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
(装 具 用)

① 装具の区分、名称等	ア. 名 称					
	イ. 型 式					
	ウ. 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
エ. 基 本 価 格						
オ. 継 手						
カ. 支 持 部						
キ. その他加算要素						
ク. 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、ク.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。

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
<p>適合判定結果</p> <p>1 筋電電動義手を装着する上肢について</p> <p>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</p> <p>② 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無 有 ・ 無</p> <p>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</p> <p>④ ソケットを装着することができる断端の有無 有 ・ 無</p> <p>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</p> <p>2 筋電電動義手の使用の可否について 可 ・ 否</p> <p>判断理由</p> <p>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、ADL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。</p>	

平成 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
<p>1 装着訓練等の状況</p> <p>(1) 装着訓練の状況</p> <p>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：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 訓練実日数： 日 訓練の修了状況 了 ・ 未</p> <p>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</p> <p>ア 筋電電動義手の装着訓練 装着訓練期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 訓練実日数： 日 訓練の修了状況 了 ・ 未</p> <p>イ 能動式義手の装着訓練 装着訓練期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 訓練実日数： 日 訓練の修了状況 了 ・ 未</p> <p>(2) 試用装着期間の状況 試用装着期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 通院実日数： 日</p> <p>2 適合判定結果</p> <p>(1) 筋電電動義手を装着する上肢について</p> <p>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</p> <p>② 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無 有 ・ 無</p> <p style="text-align: right;">(裏面に続く)</p>	

様式第 12 号 (2) (裏面)

- 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

(3) 筋電電動義手の継続使用について

- ① 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 (2) 及び (3) の判断理由

(2) 又は (3) 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

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、下記のとおり報告します。

申請者の氏名・年齢 ()	申請者の住所
報 告 事 項	

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					

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します。

記

申請者の氏名・年齢 ()	申請者の住所
症 状 の 状 態	
<p>○ ストマ用装具について</p> <ol style="list-style-type: none">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)

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します。

記

申請者の氏名・年齢 ()	申請者の住所
症 状 の 状 態	
<p>○ 浣腸器付排便剤について</p> <p>1 必要性の有無 必要あり・必要なし</p> <p>2 上記 1 の判断理由（具体的に記入してください。）</p> <p>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</p>	

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。)

労働者災害補償保険
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 ____ 年 ____ 月 ____ 日生

(記名押印又は署名)

1. 労働保険番号

府県	所掌	管轄	基	幹	番	号	枝番号

2. 負傷(発病) ____ 年 ____ 月 ____ 日

治 ゆ ____ 年 ____ 月 ____ 日

3. 傷 病 名 -----

傷害の部位 -----

4. 障 害 等 級 第 ____ 級 第 ____ 号

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

障害補償年金又は
障害年金の支給決定 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(年金証書 第 ____ 号)

6. 外科後処置を受けたい医療機関名、所在地

医療機関名 -----

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
申請書記載事項 1~5 と照合のこと。	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	
署 名		年 月 日		
照 合 責 任 者 印		承 認 番 号		
		No.(整)		

平成 年 月 日

○ ○ ○ ○ 殿

○ ○ 労働局長 印

外科後処置承認決定通知書

平成 年 月 日付けをもって申請のあった外科後処置に関する診療について、承認と決定しましたので通知します。

なお、診療を受けようとするときは、医療機関に当該承認決定通知書を提出すること。

承認番号	No.		
労働保険番号			
氏名		生年月日	年 月 日
障害の部位			
障害(補償)年金の証書番号	第	号	
受たい外科後処置の内容			
外科後処置を受ける医療機関名			
医療機関の所在地			
医療機関が希望する入院年月日	平成 年 月 日		

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年を経過した場合を除きます)。

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年を経過した場合を除きます)。

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年を経過した場合を除きます)。

照会先 ○○労働局労働基準部労災補償課○○係
電話 ○○○-○○○○

MEMO

MEMO

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	020-8522	盛岡市盛岡駅西通1-9-15	盛岡第2合同庁舎	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・アクシス・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)1617
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	950-8625	新潟市中央区美咲町1-2-1	新潟美咲合同庁舎2号館	025(288)3506
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1-1-1		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2-3-3	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	860-8514	熊本市西区春日2-10-1	熊本地方合同庁舎	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	892-8535	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。