

治療に必要と医師が判断し、サポーター等を購入した場合に利用

別紙3(6) 学校でゴム印を押します 学校(保育所等)記入欄

治療用装具
生血明細書

立 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に付随して発行されるものであります。

被災児童等 生徒等	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	平成	年	月	日
			装具装着、生血使用年月日	平成	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		印は必ず必要			
		氏名		印			

装具の費用	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
							円
	合計						円

ここは保護者が記入

(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。

公費負担医療制度を利用した場合は、**保護者**での記入をお願いしています。

記入者*	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 学校(園) 設置者 医療機関	利用している制度がない場合は ほかに記入	その他 { }
自己負担額 (公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)		円

領収書の写が必要です。

金額の内訳がわかるものを添付してください。原本はご家庭で保存してください。

医療機関によっては、装具装着を必要とした理由を示すための「証明書」を発行する場合があります。その場合、証明書も添付してください。