



福岡県医師会第349号(地)
平成21年 5月13日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

労災保険に係る義肢等補装具の支給方法等の変更について

今般、標記について厚生労働省労働基準局長より各都道府県労働局長宛に通知がなされた旨、日本医師会より連絡がありました。

今回の改正は、労災保険に係る義肢等補装具について、申請から引渡しまでの迅速化及び利便性の向上を図るため、義肢等補装具の支給方法について、これまでの「現物支給」から「購入時に要した費用の支給(費用払い)」に変更にするなど、「義肢等補装具支給要綱」等の改正が行われ、本年4月1日より適用されております。

医療機関に直接関係する部分の取扱いについては、特段変更はありませんが、支給方法等の大幅な改正となっておりますので、貴会におかれましても、ご了知いただき、会員各位への周知方につき、ご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 本改正内容の周知にあたり、厚生労働省において周知用のパンフレットが作成され、関係団体に配布されておりますので、参考までに1部送付いたします。
※パンフレットは後日送付いたします。
- 2) 申請者が受領委任を行うことにより、従来どおり費用を負担することなく、義肢等補装具の支給(修理)を受けることが可能です。
- 3) 本改正内容に関する詳細等については、別添「義肢等補装具支給要綱の改正等について」及び「義肢等補装具費支給要綱」をご参照いただくとともに、お問合わせについては、福岡県労働局(092-411-4799)までご照会下さい。

小郡三井医師会より

労災保険担当理事 島田昇二郎
会長 丸山 泉



(保 27)

平成 2 1 年 5 月 7 日

都道府県医師会
労災保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
石 井 正 三



労災保険に係る義肢等補装具の支給方法等の変更について

労災保険におきましては、従前より被災労働者の社会復帰の促進を図るため、義肢等補装具の支給又は修理を行ってきたところであります。

今般、申請から引渡しまでの迅速化及び利便性の向上を図るため、義肢等補装具の支給方法について、これまでの「現物支給」から「購入等に要した費用の支給（費用払い）」に変更するなど、「義肢等補装具支給要綱」等の改正が行われ、本年 4 月 1 日より適用されておりますのでご連絡申し上げますとともに、本改正内容の周知にあたり、厚生労働省において周知用パンフレットが作成され、関係団体等に配布されておりますので、1 部ご送付申し上げます。

症状照会や採型指導等、医療機関に直接関係する部分の取扱いにつきましては、特段変更は行われておりませんが、支給方法等の大幅な改正となっておりますので、貴会関係会員への周知方ご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。なお、申請者が受領委任を行うことにより、従来どおり購入（修理）費用を負担することなく、義肢等補装具の支給（修理）を受けることが可能であります。

また、本改正内容に関する詳細等につきましては、別添参考の「義肢等補装具支給要綱の改正等について」および「義肢等補装具費支給要綱」をご参照いただくとともに、都道府県労働局あてにご照会いただきますようお願い申し上げます。

[添付資料]

1. 周知用パンフレット

（厚生労働省、都道府県労働局、労働基準監督署）

2. 参考

- ・ 義肢等補装具支給要綱の改正等について
（平 21. 3. 31 基発第 0331025 号 厚生労働省労働基準局長）
- ・ 義肢等補装具費支給要綱

※別表 1「義肢等補装具購入費用の支給対象者及び支給対象範囲」、別表 2「支給基準」、別表 3「修理基準」は略



(参考)

基 発 第 0331025 号
平成 21 年 3 月 31 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)

義肢等補装具支給要綱の改正等について

社会復帰促進等事業としての義肢等補装具の支給については、「義肢等補装具支給要綱の制定について」（平成 18 年 6 月 1 日付け基発第 0601001 号）により実施してきたところであるが、今般、「義肢等補装具支給要綱」を別添のとおり改正し、平成 21 年 4 月 1 日以降に受け付けた「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」から適用することとしたので、事務処理に遺漏なきを期されたい。

記

1 改正の趣旨

平成 19 年 12 月に取りまとめられた「義肢等補装具専門家会議報告書」において、「義肢等補装具の支給又は修理について、申請してから支給あるいは修理されるまでの間、長い期間を要している場合があることから、申請者に早く支給されるように改善を図ることが必要である」との提言がなされたところである。

上記の提言等を踏まえ、義肢等補装具の支給又は修理（現物支給）から、義肢等補装具の購入又は修理に要した費用の支給（費用払い）に改め、併せて、一定の要件の下に、差額自己負担の取扱い（支給基準又は修理基準に定める価格との差額を申請者が負担することとして、義肢等補装具の購入又は修理に要した費用の支給対象とする）を行うことにより、申請から引渡しまでの迅速化及び申請者の利便性の向上を図る。

2 見直しの要点

(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者（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」を、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。）に提出する。

(2) 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、申請者に「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」を交付する。

(3) 見積等

従来、義肢等補装具の支給又は修理の承認を行った都道府県労働局の労働保険特別会計の支出負担行為担当官（以下「支出負担行為担当官」という。）が行っていた、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」という。）に対する見積書の提出依頼及び製作・修理に係る注文は、現物支給から費用の支給（費用払い）に改めることに伴い、不要となる。

(4) 発注

承認を受けた申請者は、義肢等補装具業者に対し、「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」を提示し、義肢等補装具の購入又は修理に係る発注を行う。

(5) 検収

従来、義肢等補装具を申請者に交付するときは、支出負担行為担当官から義肢等補装具の検収に関する事務を委任された職員が立ち会い、注文した内容及び個数等について検収（確認）を行っていたが、現物支給から費用の支給（費用払い）に改めることに伴い、不要となる。

(6) 義肢等補装具の購入又は修理に要した費用の支給手順

ア 義肢等補装具業者は、義肢等補装具の引渡しの際、申請者から義肢等補装具の購入又は修理に要した費用の支払を受けて、申請者に領収書を発行する。

イ 申請者は、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」に義肢等補装具業者より受領した領収書等を添付し、「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」とともに、所轄局長に提出する。

ウ 所轄局長は、提出された「義肢等補装具購入・修理費用請求書」に係る義肢等補装具について、支給基準又は修理基準の要件を満たすものと認められるときは、当該義肢等補装具の購入又は修理に要した費用の支

給決定を行う。

エ (1) の都道府県労働局（以下「所轄局」という。）の労働保険特別会計の支出官は、申請者に対し、義肢等補装具の購入又は修理に要した費用を支給する。

(7) 受領の委任

申請者は、義肢等補装具の購入又は修理に要した費用につき、所轄局の労働保険特別会計の支出官から支給される金額の受領を義肢等補装具業者に委任すれば、義肢等補装具業者に費用（支給基準又は修理基準に定める範囲内の金額に限る。）を支払う必要がないものとする。

なお、申請者が上記の委任を行った場合は、義肢等補装具業者に対し、必要事項を記載した「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」を渡し、申請者に代わり義肢等補装具業者が、所轄局長に当該書類等を提出するものとする。

(8) 差額自己負担

義肢等補装具に係る種目、名称、型式、基本構造等は要件を満たすものであるが、申請者が希望するデザイン、素材等を選択することにより、支給基準又は修理基準に定める価格を超えることとなる場合は、当該基準に定める価格との差額を申請者が負担することとして、義肢等補装具の購入又は修理に要した費用の支給対象とすることは、差し支えないものとする。

(9) 基準外支給

基準外支給について、別途定めるところにより行うこととした。

(10) 旅費の支給

支給対象となる旅行について、日本国内に限ると明文化した。

3 本通達施行日時点における経過措置

- (1) 平成 21 年 3 月 31 日以前に、平成 20 年 3 月 31 日付け基発第 0331005 号「義肢等補装具支給要綱の改正等について」（以下「旧通達」という。）に基づく申請を行い、義肢等補装具の交付が行われていない者については、本通達に基づく申請がなされたものとして取り扱う。
- (2) 平成 21 年 3 月 31 日以前に、旧通達に基づく承認を受け、義肢等補装具の交付が行われていない者については、本通達に基づく承認を受けたものとして取り扱う。
- (3) 平成 21 年 3 月 31 日以前に、旧通達に基づく義肢等補装具の交付が行われ、義肢等補装具の支給又は修理に要した費用が支払われていないものについては、出納整理期間において、旧通達に基づき、義肢等補装具業者に対し、当該費用を支払う。

義肢等補装具費支給要綱

1 趣旨

業務災害又は通勤災害により傷病を被った者にあつては、両上下肢の亡失、機能障害等により義肢その他の補装具等（以下「義肢等補装具」という。）を必要とすることがあることにかんがみ、これらの者の社会復帰の促進を図るため、義肢等補装具の購入又は修理に要した費用を支給する。

2 支給種目

義肢等補装具の購入に要した費用（以下「購入費用」という。）として支給できる種目は、次のとおりである。

なお、①－②の筋電電動義手は、「義肢等補装具支給要綱の改正等について」（平成 20 年 3 月 31 日付け基発第 0331005 号）の記の第 1 の 2 に示す特別種目として購入費用を支給するものとする。

① 義肢

①－② 筋電電動義手

② 上肢装具及び下肢装具

③ 体幹装具

④ 座位保持装置

⑤ 盲人安全つえ

⑥ 義眼

⑦ 眼鏡（コンタクトレンズを含む）

⑧ 点字器

⑨ 補聴器

⑩ 人工喉頭

⑪ 車いす

⑫ 電動車いす

⑬ 歩行車

⑭ 収尿器

⑮ ストマ用装具

⑯ 歩行補助つえ

⑰ かつら

⑱ 浣腸器付排便剤

⑲ 床ずれ防止用敷ふとん

⑳ 介助用リフター

㉑ フローテーションパッド（車いす及び電動車いす用に限る。以下同じ。）

㉒ ギャッチベッド

㉓ 重度障害者用意思伝達装置

3 支給基準

(1) 対象者及び範囲

ア 購入費用を支給する対象者及び範囲は、別表 1 に定めるところによる。
イ 別表 1 の「障害（補償）給付を受けると見込まれる者」とは、障害（補償）給付の請求から支給決定まで相当期間を要する場合において、当該請求の時点で義肢等補装具の支給要件を満たすことが明らかである者をいう。

ウ 次の者は、別表 1 において「障害（補償）給付を受けた者」とみなして取り扱う。

（ア）労働者災害補償保険法の一部を改正する法律（昭和 35 年法律第 29 号）の規定による改正前の労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号。以下「労災保険法」という。）の規定による打切補償費を受けた者で傷病が治ゆし、義肢等補装具を必要とする程度の障害を残したもの

（イ）労働者災害補償保険法の一部を改正する法律（昭和 40 年法律第 130 号）の規定による改正前の労災保険法の障害補償費等の支給を受けた者

（ウ）時効により障害（補償）給付の支給を受けることができない者

（エ）労災保険法に規定する第三者行為による災害について損害賠償を受けたため障害（補償）給付を受けることができない者

(2) 型式及び価格等

購入費用の支給の対象となる型式及び価格等の基準は、別表 2 に定めるところによる。

(3) 耐用年数が経過する前の購入費用の再支給

ア 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。）は、本要綱に定める耐用年数を経過する前に使用不能となった義肢等補装具を有する者から、義肢等補装具の購入に要する費用の支給申請があった場合、申請者の職業、作業態様、日常の使用状況、障害の状態等を勘案の上、通常の使用状態においてき損し（本人の故意による事故によって生じた場合を除く。）、修理不能となったものと認められるものに限って購入費用を支給できる。

なお、修理不能とは、修理により義肢等補装具の本来の機能を復元することができない場合をいう。

また、修理不能に該当しない義肢等補装具であっても、当該義肢等補装具の修理に要する費用が、別表 2 の支給基準に定める価格を超えるものと認められる場合は、当該義肢等補装具の購入費用を支給して差し支えないものとする。

イ 「義肢」、「上肢装具及び下肢装具」、「盲人安全つえ」、「義眼」、「車いす」及び「歩行補助つえ」について、業務上の事由又は通勤によりき損し、かつ、修理不能又は使用不能となったときは、当該義肢等補装具（以

下「旧使用の義肢等補装具」という。)が社会復帰促進等事業として購入費用を支給された義肢等補装具であるか否かは問わず新たに購入費用を支給する。

なお、旧使用の義肢等補装具が社会復帰促進等事業により購入費用を支給されたものでない場合には、上記の事由により購入費用を支給した義肢等補装具が、その後別表2に定める耐用年数を超えたときであっても、新たに社会復帰促進等事業により義肢等補装具の購入費用の支給は行わない。

4 修理基準

(1) 義肢等補装具の修理に要した費用(以下「修理費用」という。)を支給できる種目は、次のとおりである。

- ① 義肢
 - ①-2 筋電電動義手
- ② 上肢装具及び下肢装具
- ③ 体幹装具
- ④ 座位保持装置
- ⑤ 眼鏡(コンタクトレンズを除く)
- ⑥ 補聴器
- ⑦ 人工喉頭
- ⑧ 車いす
- ⑨ 電動車いす
- ⑩ 歩行車
- ⑪ 収尿器
- ⑫ 歩行補助つえ
- ⑬ 介助用リフター
- ⑭ フローテーションパッド
- ⑮ 重度障害者用意思伝達装置

(2) 修理の要件

修理費用は、社会復帰促進等事業として購入費用が支給された(1)に掲げる義肢等補装具が、通常の使用状態においてき損した場合又は経年により劣化した場合等に支給する。

ただし、次に掲げる場合は、修理費用を支給しない。

ア 本人の故意による事故によって生じたき損の場合

イ 修理により義肢等補装具の本来の機能を復元することができない場合

(3) 修理の範囲

ア 修理は、別表3に基づき行う。

イ 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を付さない。

5 基準外支給

所轄局長は、やむを得ない事情により必要があると認めるときは、別途定めるところにより、2の支給種目の範囲内において、3の支給基準及び4の修理基準並びに8の支給の手續に基づかない購入費用又は修理費用の支給をすることができる。

ただし、本要綱に定める支給基準及び修理基準並びに支給の手續では必要最小限の目的すら達せられない場合に限り認められるものである。

6 研究用支給

適正な支給の研究を実施するため、必要に応じ研究用支給を行うことができる。

なお、研究用支給の支給基準等については、別途定める。

7 海外支給

本要綱に定める「義肢」又は「車いす」の支給対象者であつて、海外に居住しているものについて、所轄局長は、別途定めるところにより、当該者が海外の居住地で購入した「義肢」又は「車いす」の費用を支給することができる。

8 支給の手續

(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者（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）を所轄局長に提出する。

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））を添付する。

(2) 障害の確認

所轄局長は、申請者の障害について、社会復帰促進等事業原票又は労災行政情報管理システム等（以下「原票等」という。）により確認を行う。

なお、原票等により、確認できない場合は、申請者の居住地の市町村が設置する福祉事務所（社会福祉法（昭和26年法律第45号）に定める福祉に関する事務所をいう。以下同じ。）等に照会し確認を行う。

(3) 耐用年数の確認

社会復帰促進等事業により、義肢等補装具の購入費用の支給を受け、その後障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に基づき、補装具費の支給を受けた者に係るその後の耐用年数の経過の確認は、次により行う。

ア 所轄局長は、身体障害者手帳等により耐用年数の確認が容易に可能な場合、当該手帳により必要事項を確認し、申請書記事欄に耐用年数経過確認済の記載を行う。

イ アにより確認ができなかった場合は、申請者の居住地の市町村が設置

する福祉事務所等に照会し確認を行う。

(4) 承認

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と認めたときは、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)を交付する。

なお、筋電電動義手については、9の筋電電動義手の装着訓練及び適合判定の結果に基づき、また、10の症状照会が必要な義肢等補装具については、症状照会の結果に基づき、3の支給基準又は4の修理基準の要件を満たすものか判断する。

また、10の症状照会が必要な義肢等補装具については、申請者に対し、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」を交付する際に、併せて、「症状照会に対する回答書」(様式第18号(1)～(4))を添付する。

(5) 発注

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」という。)に「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」を提示し、別表2及び別表3に定める範囲内において、義肢等補装具の購入又は修理に係る発注を行う。

なお、10の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・修理費用支給承認書」に「症状照会に対する回答書」(様式第18号(1)～(4))を添付して提示する。

また、当該発注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する。

(6) 引渡し

ア 義肢等補装具業者は、義肢等補装具の引渡しの際、申請者から義肢等補装具の購入費用又は修理費用の支払を受けて、申請者に領収書を発行する。

この際、「義肢等補装具購入・修理費用内訳書」(様式第8号(2)～(4))(義肢、装具の製作又は修理を行った場合に限る。)、義肢採型指導医が交付した「証明書」(様式第7号)(11の採型指導を行った場合に限る。)を申請者に渡す。

なお、申請者は、義肢等補装具の購入費用又は修理費用につき、当該費用の支給に係る承認を行った都道府県労働局の労働保険特別会計の支出官から支給される金額の受領を義肢等補装具業者に委任すれば、義肢等補装具業者に費用(13の(1)の範囲内の金額に限る。)を支払う必要はない。

イ 申請者は、アにおいて義肢等補装具の購入費用又は修理費用につき、当該費用の支給に係る承認を行った都道府県労働局の労働保険特別会計の支出官から支給される金額の受領を義肢等補装具業者に委任した場合は、義肢等補装具業者に必要事項を記載した「義肢等補装具購入・修理

費用請求書」(様式第8号(1))及び「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」を渡し、申請者に代わり義肢等補装具業者が、所轄局長に当該書類等を提出する。

(7) 差額自己負担

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が、申請者が希望するデザイン、素材等を選択することにより13の(1)の範囲の金額を超えることとなる場合は、別表2及び別表3に定める価格との差額を申請者が負担することとして、義肢等補装具の購入費用又は修理費用の支給対象とすることは差し支えない。

また、ギャッチベッドに係る購入費用の支給承認を受けた申請者については、別表1に定める電動式ギャッチベッドの支給基準を満たしていない場合であっても、別表2に定める手動式ギャッチベッドの支給価格との差額を申請者が負担することとして、電動式ギャッチベッドの支給対象とすることは差し支えない。

(8) 支給基準等に基づかない製作等

義肢等補装具業者は、申請者の障害の状態等を勘案してやむを得ない事情により、3の支給基準及び4の修理基準に基づかない製作又は修理等を行う必要があると思われる場合、速やかに所轄局長に報告を行う。

9 筋電電動義手の装着訓練及び適合判定

筋電電動義手の支給に当たっては、確実に筋電信号を検出し、的確に訓練を行い、実際に申請者が筋電電動義手を使用可能であるかの的確に判断する必要がある。

(1) 装着訓練及び適合判定の依頼

ア 所轄局長は、筋電電動義手の購入に要する費用の支給申請を受け付けたときは、申請者に対し、「外科後処置申請書」(「労働福祉事業実施要綱の全面改正について」(昭和56年2月6日付け基発第69号)の別添「外科後処置実施要綱」(以下「外科後処置実施要綱」という。)の様式第1号)を提出させ、外科後処置実施要綱の2の対象者として「外科後処置承認書」(外科後処置実施要綱の様式第3号)を交付するとともに、下記(2)の医療機関のうち申請者が希望する医療機関に装着訓練及び適合判定の実施を依頼する。

イ 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)により装着訓練及び適合判定の結果について、所轄局長に対し報告する。

ウ 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3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)により、所轄局長に対し報告する。

エ 8(4)の承認の可否は、イ又はウの報告に基づき実施する。

(2) 装着訓練及び適合判定を実施する医療機関の届出等

ア 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は、11(3)において指定する義肢採型指導医であって、次の(ア)又は(イ)の要件に該当する医療機関とし、当該医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に届出を行う。

(ア) 労災保険法第29条第1項の社会復帰促進等事業として設置された病院

(イ) 社会復帰促進等事業として外科後処置に係る委託契約を締結している病院又は診療所

イ アの実施医療機関に係る届出を行おうとする医療機関は、当該医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に「筋電電動義手装着訓練及び適合判定実施医療機関に係る届出書」(様式第14号)(以下「届出書」という。)を提出する。

なお、提出後、提出した届出書の内容に変更が生じた場合には、届出書を提出した都道府県労働局長に遅滞なく「筋電電動義手装着訓練及び適合判定実施医療機関に係る変更届出書」(様式第15号)(以下「変更届出書」という。)を提出する。

ウ 届出書又は変更届出書の提出があった都道府県労働局長は、速やかに本省に報告を行う。

(3) 装着訓練の期間

筋電電動義手の装着訓練の期間は、原則として4週間とする。

ただし、装着訓練及び適合判定を担当する医師が、訓練期間を延長すれば確実に筋電電動義手の使用が可能であると判断する場合は、装着訓練の期間を、原則として最大4週間延長することができる。

10 症状照会

申請者の身体障害の状態の程度及び当該身体障害の状態に応じた義肢等補装具の必要性を判断するため、症状照会を実施する。

(1) 申請者の症状照会は、次に掲げる種目に対して行う。

下記①については、申請の都度、下記①以外は、原則、新規申請の際に症状照会を行う。

なお、下記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う。

① 眼鏡(コンタクトレンズに限る)

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

(2) 所轄局長は、(1)に掲げる義肢等補装具の購入に要する費用の支給申請を受け付けた場合、申請者の診療担当医療機関に対して、申請者の「症状照会書」(様式第16号)により、症状照会を行う。

なお、(1) ①又は③(申請者が薬剤の銘柄又は用量の変更を希望する場合のみ)に係る購入に要する費用の支給申請を受け付けた場合、所轄局長は、診療担当医療機関において検査を受けさせるため、予め診療担当医療機関に連絡して検査の日時を決定し、その旨を申請者に「検査診断依頼書」(様式第17号)により連絡すること。

(3) 症状照会を受けた医療機関は、申請者の「症状照会に対する回答書」(様式第18号(1)～(4))について所轄局長へ提出する。

11 採型指導

(1) 採型指導は、次に掲げる種目に対して行う。

- 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) 採型指導の依頼

ア 所轄局長は、(1)の義肢等補装具の購入に要する費用の支給申請について承認を行ったときは、労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター及び労災指定医療機関の中から都道府県労働局長が指定した医療機関(以下「義肢採型指導医」という。)のうち、申請者が希望する医療機関に対して、「採型指導依頼書」(様式第5号)により採型指導を依頼する。

なお、採型指導の依頼は、修理費用の支給又は購入費用の再支給の場合においても、必要に応じて行う。

イ 採型指導の依頼を受けた義肢採型指導医は、当該義肢等補装具に関する採型を行うとともに、申請者の希望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う。

なお、車いす及び電動車いすの採型指導に当たっては、申請者の障害に応じて必要な種類、部品及び付属品の選択について指導を行う。

(3) 義肢採型指導医の指定

ア 義肢採型指導医の指定は、医療機関からの申請に基づいて行う。

イ 義肢採型指導医の指定を受けようとする医療機関は、当該医療機関の所在地を管轄する都道府県労働局長に「義肢採型指導委託申請書」(様式第6号)を提出する。

ウ イの申請書には、当該医療機関の概要を記した書類、当該医療機関の全体の平面図及び配置図、義肢採型指導担当医の医師免許証の写し、略歴及び国立身体障害者リハビリテーションセンター学院の実施する補装具適合判定医師研修会(以下「研修会」という。)の修了証の写しを添付

する。

エ 次の要件を全て満たす医療機関から義肢採型指導医を指定する。

(ア) 労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター又は労災指定医療機関で整形外科診療若しくは主としてリハビリテーション医療を行う医療機関であること。

(イ) 「労災診療費算定基準について」(昭和51年1月13日付け基発第72号)の別表1に掲げる医療機関において、整形外科又はリハビリテーション医療について2年以上の専門研究の経験を有し、かつ、その期間も含め5年以上の臨床経験を有するものであって、研修会を修了した医師が、実際に義肢装具の採型指導を行うものであること。

(ウ) 本要綱で定める義肢採型指導料の額で義肢採型指導を行うものであること。

オ 都道府県労働局長は、採型指導医の指定をするときは、別紙1の契約書例を参考に当該採型指導医と義肢採型指導に係る委託契約を締結する。

カ 都道府県労働局長は、義肢採型指導医を指定したときは、医療機関名、所在地、郵便番号、電話番号、最寄駅及び義肢採型指導担当医師名を本省あて報告する。

また、その報告事項に変更があった場合も同様とする。

キ 本要綱の実施日以前に義肢採型指導医として指定している医療機関については、本契約を締結しているものとして取り扱う。

(4) 義肢等補装具の製作等に係る検査

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、当該義肢等補装具を(2)イの義肢採型指導医に提示して検査を受けるものとし、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、その旨の「証明書」(様式第7号)を義肢等補装具業者に交付する。

12 費用の請求

(1) 義肢等補装具の購入費用又は修理費用を請求しようとする者は、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」(様式第8号(1))及び「義肢等補装具購入・修理費用支給承認書」を所轄局長に提出する。

(2) (1)を提出する際には、次のものを添付する。

ア 「義肢等補装具購入・修理費用内訳書」(様式第8号(2)～(4))(義肢、装具に係る購入費用又は修理費用を請求する場合に限る。)

イ 義肢採型指導医が交付した「証明書」(様式第7号)(11の採型指導を行った場合に限る。)

ウ 領収書(申請者が義肢等補装具の購入費用又は修理費用を義肢等補装具業者に支払った場合に限る。)

(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(1))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) 上記9の筋電電動義手の装着訓練及び適合判定を行った医療機関は、装着訓練及び適合判定に係る費用を請求しようとするときは、外科後処置実施要綱の5(4)の外科後処置に要した費用として、装着訓練及び適合判定を依頼した都道府県労働局の労働保険特別会計の支出官に請求する。
- (5) 上記10の症状照会に対する回答を行った医療機関は、症状回答料を請求しようとするときは、「症状回答料請求書」(様式第19号)を所轄局長に提出する。

13 費用の額

(1) 購入及び修理

ア 義肢等補装具の購入費用又は修理費用の額は、別表2及び別表3に定める価格の100分の103に相当する額の範囲内とする。

ただし、次に掲げる購入費用又は修理費用の額については、別表2及び別表3に定める価格の100分の105に相当する額の範囲内とする。

(ア) 別表2の(5)の眼鏡(弱視眼鏡に係るものを除く。)の支給

(イ) 別表2の(5)の歩行補助つえ(松葉つえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ及び多点杖を除く。)の支給

(ウ) 別表2の(5)のかつらの支給

(エ) 別表2の(5)の浣腸器付排便剤の支給

(オ) 別表2の(5)の床ずれ防止用敷ふとんの支給

(カ) 別表2の(5)のフローテーションパッドの支給

(キ) 別表3の(5)の盲人安全つえの項中マグネット付き石突交換

(ク) 別表3の(5)の眼鏡の項中枠交換(弱視眼鏡に係るものを除く。)

(ケ) 別表3の(5)の眼鏡の項中レンズ交換

(コ) 別表3の(5)の補聴器の項中イヤホン交換、高度難聴用イヤホン交換、骨導型用箱形レシーバー交換、眼鏡形平面レンズ交換及び骨導型箱形ヘッドバンド交換

(サ) 別表3の(5)の人工喉頭の項中気管カニューレ交換及び充電器交換

(シ) 別表3の(5)の車いすの項中クッション交換、夜光反射板交換、ステッキホルダー(杖たて)交換、泥よけ交換、屋外用キャスター(エア式等)交換、転倒防止用装置交換、滑り止めハンドリム交換、キャリパーブレーキ交換、フットブレーキ(介助者用)交換、酸素ボンベ固定装置交換、人工呼吸器搭載台交換、栄養パック取付用ガートル架交換及び点滴ポール交換

(ス) 別表3の(5)の電動車いすの項中バッテリー交換(マイコン内蔵型に係るものを含む。)、外部充電器交換、オイル又はグリス交換、ステッキホルダー(杖たて)交換、屋外用キャスター(エア式等)交換、転倒防止用装置交換、クライマーセット(段差乗り越え補助装置)

交換、フロントサブホイール（溝脱輪防止装置）交換、酸素ボンベ固定装置交換、人工呼吸器搭載台交換、栄養パック取付用ガートル架交換及び点滴ポール交換

（セ）別表３の（５）の歩行補助つえの項中凍結路面用滑り止め（非ゴム系）交換

（ソ）別表３の（５）の収尿器に係る交換

（タ）別表３の（５）の介助用リフターに係る交換及び修理

（チ）別表３の（５）のフローテーションパッドに係る交換

（ツ）別表３の（５）の重度障害者用意思伝達装置の項中本体修理、固定台（アーム式又はテーブル置き式）交換、入力装置固定具交換、呼び鈴交換、呼び鈴分岐装置交換、接点式入力装置（スイッチ）交換、帯電式入力装置（スイッチ）交換、筋電式入力装置（スイッチ）交換、光電式入力装置（スイッチ）交換、呼吸式（吸気式）入力装置（スイッチ）交換、圧電素子式入力装置（スイッチ）交換、注視点検出ユニット交換、ＣＣＤカメラ交換、赤外線照射セット交換及びＣＣＤカメラ用リモコン雲台交換

イ 別表２及び別表３に定める義肢等補装具の価格には荷造運搬料（浣腸器付排便剤を除く。）、使用方法の説明及び指導等の要する費用を含むものとする。

なお、所轄局長は、荷造運搬料を別途請求されたときは、義肢等補装具の製品代が正当と認められる場合に限り、義肢等補装具の製品代と運搬料の合算額が別表２及び別表３に定める価格を超えない範囲で、これを義肢等補装具の価格に含めて支給できる。

（２）義肢採型指導料

ア 義肢採型指導医が請求できる義肢採型指導料（車いす及び電動車いすは除く。）の額は、採型指導に必要な資材費を含み、義肢等補装具を装着する１肢につき、健康保険法（大正１１年法律第７０号）の規定による診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省告示第５９号。以下同じ）の別表第１医科診療報酬点数表に定める治療装具の採型ギプスの点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とする。

なお、次の場合は、各項に掲げる区分を適用する。

（ア）採寸を行った場合

義肢装具採寸法（１肢につき）

（イ）手指及び足指切断に係る採型を行った場合

治療装具の採型ギプスの義肢装具採型法（四肢切断の場合）（１肢につき）

（ウ）硬性以外の体幹装具に係る採型を行った場合

治療装具の採型ギプスの義肢装具採型法（四肢切断の場合）（１肢につき）

(エ) 座位保持装置に係る採型を行った場合

治療装具の採型ギプスの体幹硬性装具採型法

イ 車いす及び電動車いすの義肢採型指導料の額は、採型指導に必要な資材費を含み、車いす又は電動車いす 1 台につき、健康保険法の規定による診療報酬の算定方法の別表第 1 医科診療報酬点数表に定める診療情報提供料（Ⅱ）の点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とする。

ウ 義肢採型指導料は、義肢等補装具の採型に伴う診察料、資材費等一切の費用を含むものとし、初診料等を別途請求することはできない。

(3) 装着訓練料及び適合判定料

装着訓練及び適合判定に要する費用は、原則として、外科後処置実施要綱の 6 の「費用の算定方法」により算定した額とするが、次の場合は、健康保険法の規定による診療報酬の算定方法の別表第 1 医科診療報酬点数表に定める区分の点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とする。

ただし、アについては、「労災診療費算定基準について」（昭和 51 年 1 月 13 日付け基発第 72 号）において定める点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とする。

ア 筋電電動義手の装着訓練（装着訓練 20 分あたり 1 単位とし、1 日 6 単位までとする。）

運動器リハビリテーション料（Ⅰ）

イ 筋電電動義手の適合判定

診療情報提供料（Ⅱ）

ウ 練習用仮義手の処方、採型、装着及び調整等（訓練用仮義手 1 個につき 1 回限りとする。）

練習用仮義足又は仮義手の義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1 肢につき）

エ 練習用仮義手のソケット

別表 2 に定めるところによる

(4) 症状回答料

症状照会に対する回答に要する費用は、健康保険法の規定による診療報酬の算定方法の別表第 1 医科診療報酬点数表に定める診療情報提供料（Ⅱ）の点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とする。

なお、検査料に要する費用は、健康保険法の規定による診療報酬の算定方法の別表第 1 医科診療報酬点数表に定める点数に労災保険法の規定による療養の給付に要する診療費の算定基準に定める単価を乗じて得た額とする。

(5) 端数調整

算定した額に 1 円未満の端数があるときは、その端数は切り捨てる。

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、義肢採型指導料並びに症状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、「補装具等支給費支給決定書」(様式第 3 号)により決裁の事務を行う。

(2) 支出事務

義肢等補装具の購入費用及び修理費用、義肢採型指導料並びに症状回答料を支出するときは、「支出負担行為即支出決定決議書」により決裁の事務を行う。

(3) 支出負担行為の整理区分

支出負担行為等取扱規則第 14 条の規定による支出負担行為の整理区分は、同規則別表甲号「25 保険金の類」とする。

(4) 支出項目

義肢等補装具の購入費用及び修理費用、義肢採型指導料並びに症状回答料は、(項) 社会復帰促進等事業費 (目) 補装具等支給費から支出する。

(5) (2) の決裁に必要な書類

ア 義肢等補装具の購入費用及び修理費用の支出

(ア) 「義肢等補装具購入・修理費用請求書」(様式第 8 号(1))

(イ) 「補装具等支給費支給決定書」(様式第 3 号)

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(1))

(イ) 「補装具等支給費支給決定書」(様式第 3 号)

ウ 症状照会に要する費用の支出

(ア) 「症状回答料請求書」(様式第 19 号)

(イ) 「補装具等支給費支給決定書」(様式第 3 号)

15 旅費の支給

(1) 対象者

旅費は、次の者に支給する。

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者

イ 義眼の装嵌のため旅行する者

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者

エ 眼鏡(コンタクトレンズに限る。)又は浣腸器付排便剤の購入費用の支給に係る検査のため旅行する者

(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、次のとおりとする。

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する。

ア 旅費の種類は、鉄道賃、船賃、車賃及び宿泊料とする。

イ 鉄道賃及び船賃については、普通旅客運賃を支給する。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する。

ウ 車賃は、1 キロメートルにつき、37 円とする。

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く。）とする。

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、その実費額を支給する。

カ 旅費の支給について、本要綱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。

（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）を所轄局長に提出する。

（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 旅費の概算払いを受けた者は、旅行期間経過後、「義肢等補装具旅費精算申請書」（様式第 11 号）を所轄局長に提出し、精算を行う。

ウ 旅費の概算払いを受けた者が、相当期間経過するも旅行せず、又は旅行しないことが確実となったときは、所轄局長は当該者に支給済の旅費を返納させる。

（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）に準じて取り扱う。

16 申請者等に対する請求内容の事実確認

所轄局長は、義肢等補装具の購入費用又は修理費用の支給決定を行うに当たり、必要に応じて、「義肢等補装具購入・修理費用請求書」の記載内容（義

肢等補装具の種目、型式、個数等）と、義肢等補装具業者から申請者に引き渡された義肢等補装具の内容（種目、型式、個数等）が相違していないかを、申請者及び義肢等補装具業者に事実確認する。

17 義肢等補装具に係る費用の返還

所轄局長は、偽りその他不正の手段により義肢等補装具の購入費用又は修理費用の支給を受けた者があるときは、当該費用の全部を返還させることができる。

18 社会復帰促進等事業原票の記載

所轄局長は、被災労働者ごとに支給状況を明らかにするため社会復帰促進等事業原票に記載を行う。

19 被災労働者に対する周知

労働基準監督署長は、業務災害又は通勤災害により傷病を被った者（以下「被災労働者」という。）の「障害（補償）給付」、「傷病（補償）年金」の支給決定及び治癒等の時期をとらえて、義肢等補装具の購入費用又は修理費用の支給対象者となり得る被災労働者に対し、当該費用の支給に関する資料を交付し説明する等により制度の周知を行う。

20 施行期日

本要綱は、平成 21 年 4 月 1 日から施行し、施行日以降に受け付けた「義肢等補装具購入・修理費用支給申請書」について適用する。

21 経過措置

- (1) 平成 21 年 3 月 31 日以前に、平成 20 年 3 月 31 日付け基発第 0331005 号「義肢等補装具支給要綱の改正等について」（以下「旧通達」という。）に基づく申請を行い、義肢等補装具の交付が行われていない者については、本要綱に基づく申請がなされたものとして取り扱う。
- (2) 平成 21 年 3 月 31 日以前に、旧通達に基づく承認を受け、義肢等補装具の交付が行われていない者については、本要綱に基づく承認を受けたものとして取り扱う。
- (3) 平成 21 年 3 月 31 日以前に、旧通達に基づく義肢等補装具の交付が行われ、義肢等補装具の支給又は修理に要した費用が支払われていないものについては、出納整理期間において、旧通達に基づき、義肢等補装具業者に対し、当該費用を支払う。

義肢等補装具費用支給申請書

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 ⑤ 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、洗腸器付排便剤、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 探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 義肢等々損年月日 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。

(T)

住所

事業主

氏名 (印)

(記名押印又は署名)

欄 事 記

[illegible]

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)

[illegible]

(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.

住 所

氏 名

連絡先

〇〇労働局労災補償課

〒

所在地

電話番号

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		円
・義肢等補装具の購入費用又は修理費用		円
・義肢採型指導料		円
・症状照会回答料		円

○請求金額

円

○査 定 減

円

内訳は別紙のとおり

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 法

義 肢 採 型 指 導 委 託 申 請 書

名 称	
所 在 地	
診 療 科 名	
病 院 長 名	
担 当 医 師 名	

上記病院を労働者災害補償保険法第29条第1項の規定に基づく義肢等補装具費支給要綱による義肢採型指導を行う病院として指定されたく関係書類を添付の上申請します。

平成 年 月 日

病院の開設者（その委任を受けた者）
の住所及び職氏名

印

労 働 局 長 殿

様式第7号

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

()

住 所

採型指導医

氏 名
(記名押印又は署名) ㊟

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  (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	請求者 (〒) (申請者) 住 所 氏 名  (記名押印又は署名)
No.	

(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 殻構造義肢等の 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 骨格構造義肢の 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、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、又、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。

労働者災害補償保険

義肢採型指導料請求書

労働局長 殿

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

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

(〒)

住 所

氏 名^⑩
(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 組合	店 所	口座番号	
	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。

義肢採型指導料内訳書

承認番号					
労働者	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
製作者	住所	(〒)			
	氏名				
内 容		点 数	金 額		摘 要
義 肢 採 型 指 導			千	円	
病 院 名					

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 (記名押印又は署名).....

1 承認書番号 No..... ※概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 ※概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、装具、座位保持装置、車いす、電動車いす、かつらの採型・装着 2. 義眼の装嵌 3. 筋電電動義手に係る装着訓練・適合判定 4. コンタクトレンズ、浣腸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 (記名押印又は署名).....			
振り込みを希望する金融機関の名称	銀行 金庫 組合	店 所	預金の種類	普通・当座
			口座番号	
			口座名義人	

発着年月日	発着地名	経路	宿泊地	鉄道		船舶		車		宿泊		計
				距離 k m	金額 円	距離 k m	金額 円	距離 k m	金額 円	泊数	金額 円	
				計								
合												

義肢等補装具旅費精算申請書

.....労働局長 殿

義肢等補装具旅費の精算をしたいので、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 (記名押印又は署名)

1 承認書番号 No.

2 旅 費円 (内訳を裏面に記入してください。)

事実証明	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、装具、座位保持装置、車いす、電動車いす、かつらの採型・装着 2. 義眼の装嵌 3. 筋電電動義手に係る装着訓練・適合判定 4. コンタクトレンズ、浣腸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 (記名押印又は署名)			
振り込みを希望する金融機関の名称	銀行 金庫 組合	店 所	預金の種類	普通・当座
			口座番号	
			口座名義人	

発着年月日	発着地名	経路	宿泊地	鉄 道		船 舶		車		宿 泊		計
				距離 k m	金 額 円	距離 k m	金 額 円	距離 k m	金 額 円	泊 数	金 額 円	

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、ADL評価及び恒常的な必要性の有無等により具体的な記載してください。)	

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	

〇 〇 労 働 局 長 殿

労働者災害補償保険
筋電電動義手装着訓練及び適合判定実施医療機関に係る届出書

下記医療機関を社会復帰促進等事業における義肢等補装具支給制度の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として届出します。

医 療 機 関	名 称	
	所在地	
	郵便番号	—
	電話番号	— —
	添付資料	別紙のとおり

開設者 住 所 _____
氏 名 _____

平成 年 月 日

〇 〇 労 働 局 長 殿

労働者災害補償保険
筋電電動義手装着訓練及び適合判定実施医療機関に係る変更届出書

下記医療機関について、平成 年 月 日付け「筋電電動義手装着訓練及び適合判定実施医療機関に係る届出書」において届出内容を変更したので届出します。

医 療 機 関	☐ 名 称	
	☐ 所在地	
	☐ 郵便番号	—
	☐ 電話番号	— —
	☐ 添付資料	別紙のとおり

※ 変更する事項の ☐ に、「レ」を記入する。

住 所 _____
開設者 _____
氏 名 _____

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」にて回答をお願い申し上げます。

記

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____ () 性 別 男 ・ 女

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、意思の伝達が困難なであるか。 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。)

症状回答料請求書

労働局長 殿

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

上記金額を義肢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 ⑩
(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 組合	店 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、「千」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。

契 約 書

労働者災害補償保険法に基づく社会復帰促進等事業に関して、 労働局長
（以下「甲」という。）と 病院長 （以下「乙」という。）とは、次のとおり契約する。

第1条 甲は、乙に対して頭書の社会復帰促進等事業に関し、義肢採型指導の実施方を委託する。

第2条 乙は、都道府県労働局長（以下「労働局長」という。）の発行する義肢等支給・修理承認書（以下「承認書」という。）を提示した労働者に対して、労働局長が発付した採型指導依頼書に基づき、前条に定める義肢採型指導を実施するものとする。

第3条 甲は、乙が第1条に定める義肢採型指導を実施したときは、厚生労働省労働基準局長が定める義肢採型指導料を支払うものとする。

第4条 乙は、前条に定める費用については、甲に義肢採型指導を実施した都度義肢採型指導料請求書（以下「請求書」という。）により請求するものとする。

ただし、乙が乙の所在地を管轄する都道府県労働局以外の都道府県労働局に係る義肢採型指導を実施した場合の費用の請求については、当該義肢採型指導に係る承認書を発行した都道府県労働局長に請求を提出するものとする。

第5条 甲は、前条の請求書の提出を受けたときは、遅滞なく乙にその費用を支払うものとする。

なお、前条ただし書の場合は、同条ただし書の承認書を発行した都道府県労働局長がその費用を支払うものとする。

第6条 この契約の実施について必要な細目は、厚生労働省労働基準局長が定める義肢等補装具支給要綱によるものとする。

第7条 甲は、必要に応じ乙の実施する義肢採型指導について監査を行い、又は報告を求めることができる。

第8条 この契約に定めのない事項については、甲乙双方が協議して定めるものとする。

第9条 この契約の当事者は、2ヵ月前までに予告すればいつでもこれを解約することができる。

第10条 この契約の有効期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までとする。

ただし、有効期間満了の2ヵ月前までに双方からなんらの意思表示をしない場合には、この契約の効力を更に1箇年間自動的に更新し、以後も同様とする。

本契約の成立を証するため本書2通を作成し、双方署名押印の上各1通を所持するものとする。

平成 年 月 日

甲 都道府県労働局長

印

乙

印