

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、義肢や補装具の採型、装着訓練のために医療機関へ行くための交通費も支給されます。

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、必要な手続きなど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
義肢等補装具の購入・修理費用支給の流れ (筋電電動義手の購入費用を除く)	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。

支給基準については、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	○ (新規又は銘柄・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」という。）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、労災リハビリテーション医療指定施設などにおいて療養し、かつ、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」という。）を受けている方であって、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 車椅子」又は「12 電動車椅子」（8ページ）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
- (4) 既に装着していた義肢※で、業務上の事由又は通勤によりき損し、かつ、修理不能となったものをお持ちの方
※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として購入費用を支給された義肢であって、耐用年数（0.5～5年）を超えたものをお持ちの方※
※（4）で支給された義肢については、旧使用の「既に装着していた義肢」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、耐用年数を超えても新たな義肢の購入費用の支給は行いません。

支給の範囲

1 障害部位につき2本※を支給対象とします。

※型式（装飾用、能動式、常用、作業用）の別によりません。

- 上記（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
- 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の筋電電動義手の購入費用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こと
 - イ 筋電電動義手を使用するに足る判断力を有すること
 - ウ 筋電電動義手を使用するための十分な筋力を有すること
 - エ ソケットの装着が可能である断端を有すること
 - オ 肩及び肘の関節の機能に著しい障害がないこと

- (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、前ページ(1)のアからオの要件を全て満たす方

※上肢の用が全廃とは、肩関節、ひじ関節及び手関節のすべてが強直し、かつ、手指の全部の用を廃したものを、を言います。手指の用を廃したものと、とは、手指の末節骨の半分以上を失い、又は中手指節関節若しくは近位指節関節(母指にあっては指節間関節)に著しい運動障害を残すものを言います。なお、全廃には、高度の麻痺が認められるものも含まれます。

2 片側上肢切断者

- (1) 1 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、以下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拡大等が見込まれる方

(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等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拡大等が見込まれる方

(ウ) 非切断肢側の上肢又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並びに適合判定を実施する医療機関において、筋電電動義手の装着訓練を修了するとともに、試用装着期間を経過している方

ウ 前ページの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である方

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。)に対し報告してください。

[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又は明らかに支給基準(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)により、所轄局長に対し報告してください。

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 車椅子」又は「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
- (3) 既に装着していた上肢装具又は下肢装具※で、業務上の事由又は通勤によりき損し、かつ、修理不能となったものをお持ちの方
※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として購入費用を支給された上肢装具又は下肢装具であって、耐用年数（1～3年）を超えたものをお持ちの方※
※（3）で支給された上肢装具又は下肢装具については、旧使用の「既に装着していた上肢装具又は下肢装具」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、耐用年数を超えても新たな上肢装具又は下肢装具の購入費用の支給は行いません。

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、
 - ・上記（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
 - ・上記（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として購入費用を支給された体幹装具であって、耐用年数（1～3年）を超えたものをお持ちの方

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あって、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として購入費用を支給された座位保持装置であって、耐用年数（3年）を超えたものをお持ちの方

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※で、業務上の事由又は通勤によりき損し、かつ、使用不能となったものをお持ちの方
※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として購入費用を支給された盲人安全つえであって、耐用年数（2～5年）を超えたものをお持ちの方※
※（2）で支給された盲人安全つえについては、旧使用の「既に使用していた盲人安全つえ」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、耐用年数を超えても新たな盲人安全つえの購入費用の支給は行いません。

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) 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※で、業務上の事由又は通勤によりき損し、かつ、使用不能となったものをお持ちの方
※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として購入費用を支給された義眼であって、耐用年数（2年）を超えたものをお持ちの方※
※（2）で支給された義眼については、旧使用の「既に装嵌していた義眼」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、耐用年数を超えても新たな義眼の購入費用の支給は行いません。

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) 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として購入費用を支給された眼鏡であって、耐用年数（4年）を超えたものをお持ちの方

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又は受けると見込まれる方
- (2) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された点字器であって、耐用年数（5 年又は 7 年）を超えたものをお持ちの方

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) 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として購入費用を支給された補聴器であって、耐用年数（5 年）を超えたものをお持ちの方

支給の範囲

1 障害につき 1 器を支給対象とします。※
※両耳の障害の場合であっても、1 人につき 1 器です。

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として購入費用を支給された人工喉頭であって、耐用年数（4 年又は 5 年）を超えたものをお持ちの方

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
※下肢の用が全廃とは、股関節、ひざ関節及び足関節のすべてが強直したものを言います。なお、全廃には、高度の麻痺が認められるものも含まれます。
- (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※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
※概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の方を除きます。
- (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」という。）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) 片下肢の用を全廃又は片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、上肢の障害により義足及び下肢装具の使用が不可能である方
- (5) 既に使用していた車椅子※で、業務上の事由又は通勤によりき損し、かつ、修理不能となったものをお持ちの方
※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として購入費用が支給された車椅子であって、耐用年数（6年）を超えたものをお持ちの方※
※（5）で支給された車椅子については、旧使用の「既に使用していた車椅子」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、耐用年数を超えても新たな車椅子の購入費用の支給は行いません。
- (7) 「12 電動車椅子」（8 ページ）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※
※「特に必要と認められる方」とは、次の場合を言います。
 - ①自動車により移動する際、電動車椅子の積載が不可能な場合
 - ②居住する家屋内を移動する際、家屋の構造等により電動車椅子の使用が不可能な場合
- (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。

なお、支給対象者の（7）又は（8）に該当する場合は、手押し型車椅子が支給対象となります。

12 電動車椅子

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、車椅子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※で、傷病が症状固定した後においても車椅子の使用が不可能であることが明らかに認められる方
※概ね3か月以内に退院見込みのない入院療養の方を除きます。

- (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、車椅子の使用が不可能である方
- (4) 片下肢の用を全廃又は片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、他方の下肢及び上肢の障害により、義足及び下肢装具の使用が不可能であって、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
- (6) 社会復帰促進等事業として購入費用を支給された電動車椅子であって、耐用年数（6年）を超えたものをお持ちの方

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として購入費用を支給された歩行車であって、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方

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として購入費用を支給された収尿器であって、耐用年数（1年）を超えたものをお持ちの方

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、義肢等補装具費支給要綱（以下「支給要綱」という。）の支給基準に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、腸内容の全部若しく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

支給要綱の支給基準に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（原則、新規申請の際）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※で、業務上の事由又は通勤によりき損し、かつ、修理不能となったものをお持ちの方
※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として購入費用を支給された歩行補助つえであって、耐用年数（2～4年）を超えたものをお持ちの方※
※（2）で支給された歩行補助つえについては、旧使用の「既に使用していた歩行補助つえ」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、耐用年数を超えても新たな歩行補助つえの購入費用の支給は行いません。
- (4) 「11 車椅子」又は「12 電動車椅子」（8ページ）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

支給の範囲

1人につき1本（松葉づえは原則として1人につき2本）を支給対象とします。

ただし、松葉づえ以外の歩行補助つえについて、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として購入費用を支給されたかつらがき損した方（故意にき損した方を除く。）

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個の割合で支給対象とします。

なお、60本（6か月分）をまとめて支給対象とすることができます。

浣腸器付排便剤の購入に要する費用の支給（原則、新規申請の際、及び薬剤の銘柄又は用量を変更する場合）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（電動式を含む）

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、カの要件は除きます。）。

- 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 車椅子※又は義肢の使用が不可能であること
※電動車椅子及び手押し型車椅子は含みません。
- 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こと
- 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として購入費用を支給された介助用リフターであって、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方

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として支給された車椅子又は電動車椅子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として購入費用を支給されたフローテーションパッドであって、耐用年数（3年又は4年）を超えたものをお持ちの方

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※である方
※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。
- (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) 車椅子（手押し型車椅子を除く。）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として購入費用を支給された重度障害者用意思伝達装置であって、耐用年数（5年）を超えたものをお持ちの方

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（原則、新規申請の際）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

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義肢等補装具※が、通常の使用状態又は経年により劣化した場合等に支給を受けることができます。

ただし、次に掲げる場合は、修理費用を支給しません。

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

※対象となる義肢等補装具

- 1 - 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
- 7 眼鏡（コンタクトレンズを除く）
- 9 補聴器
- 10 人工喉頭
- 11 車椅子
- 12 電動車椅子
- 13 歩行車
- 14 収尿器
- 16 歩行補助つえ
- 20 介助用リフター（電動式を含む）
- 21 フローテーションパッド（車椅子・電動車椅子用）
- 23 重度障害者用意思伝達装置

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（筋電電動義手の購入費用を除く）の 購入・修理費用支給の流れ



- ※ 1 症状照会を実施する種目：眼鏡（コンタクトレンズに限る）、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、決定があつたことを知つ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、決定があつた日から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。
- ※ 3 採型指導を実施する種目：義肢、筋電電動義手、上肢装具及び下肢装具、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



※ 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。

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ます。

○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。

- ◆片側上肢切断者に係る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)又は(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又は修理に要する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。

●**購入又は修理に要する費用の支給の対象となる型式及び価格等は、支給要綱の支給基準又は修理基準に定められた範囲内となりますので、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、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の際。
③浣腸器付排便剤	ただし、③については、薬剤の銘柄又は用量
④重度障害者用意思伝達装置	を変更する場合についても行う。

なお、①と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：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)：39～43 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示して、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等、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うとともに、「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及び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及び適合判定を受けてください。
装着訓練、試用装着期間は、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	筋電電動義手のみ又は能動式義手のみ	4週間以内	最大10週間
		筋電電動義手+能動式義手	8週間以内	最大14週間
訓練	上腕切断	筋電電動義手のみ又は能動式義手のみ	6週間以内	最大12週間
		筋電電動義手+能動式義手	10週間以内	最大16週間
試用装着期間			最大6か月	

※担当医が、訓練期間を延長すれば確実に筋電電動義手、能動式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、また、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取扱いの習熟度等を踏まえ、医学的に必要な期間とします。

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うものとしています。

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対し報告してください。

[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又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)により、所轄局長に対し報告してください。

5 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か否かを判断の上、承認・不承認の決定を行います。

承認の決定を行った場合は、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)：26ページ）により、不承認の決定を行った場合は、その旨を「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）により、それぞれ申請者に通知します。

支給基準又は修理基準の要件を満たすものかの判断は、筋電電動義手のうち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）に基づき、筋電電動義手のうち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）及び「就労状況等に関する申立書」（様式第1号(2)：24ページ）に基づき、また、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、それぞれ行います。

また、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」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)：39～43ページ）を添付します。

※所轄局長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。

6 注文

承認を受けた申請者は、速やかに義肢等補装具業者に「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）を提示し、支給要綱の支給基準、修理基準に定める範囲内において、義肢等補装具の購入又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又は修理の場合は、「症状照会に対する回答書」（様式第18号(1)～(4)：39～43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上肢装具及び下肢装具
- 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、(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、都道府県労働局長が義肢採型指導医として指定した医療機関のうち、「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）で申請者が希望する医療機関に対して、「採型指導依頼書」（様式第5号：28ページ）により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います。

なお、車椅子及び電動車椅子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、当該義肢等補装具を義肢等採型指導医に提示して検査を受けることとしています。

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：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、義肢等補装具の購入費用又は修理費用について、厚生労働省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る※1ことができます。この場合、申請者は、義肢等補装具業者にその費用を支払う必要はありません。

この受領委任を行う場合、申請者は「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）の委任状欄に住所、氏名、委任先（義肢等補装具業者）など※2を記入の上、当該請求書及び「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、義肢等補装具業者へ渡してください。

※1 申請者が受領委任を希望する場合は、注文時にその旨を義肢等補装具業者に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費用又は修理費用について受領委任された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」、「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、申請者に代わり当該書類等を所轄局長に提出してください。

9 費用の請求

義肢等補装具の購入費用又は修理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）及び「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）を所轄局長に提出します。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費用又は修理費用を義肢等補装具業者に支払った場合] 領収書

申請者から購入費用又は修理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、採型指導の対象となる義肢等補装具を製作又は修理したときは、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

支給要綱の支給基準及び修理基準に定められた種目、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、支給要綱に定める費用の額（上限額）を超えることとなる場合は、そ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、車椅子、電動車椅子又はかつらの採型若しくは装着のため旅行する方
- イ 筋電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のため旅行する方
- ウ 能動式義手に係る装着訓練のため旅行する方
- エ 義眼の装嵌のため旅行する方
- オ 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、回数に制限はありません。

- 旅費の種類は、鉄道賃、船賃、車賃及び宿泊料とします。
- 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。
- 車賃は、1 キロメートルにつき、37 円とします。
- 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。）とします。
- 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。
- 旅費の支給について、上記を含む支給要綱の規定により難しい事情がある場合（航空機の利用など）には、国家公務員等の旅費に関する法律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します。

義肢等補装具 購入 修理 費用支給申請書

Table with 4 rows and 7 columns of Japanese characters 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

(ア) 障害補償一時金又は障害一時金の受領年月日 (イ) 障害(補償)年金又は傷病(補償)年金の支給決定年月日

(ウ) 障害等級 第 級 第 号 (エ) 治ゆ年月日 (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 assistive devices 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 ⑮ 前回受給年月日

希望補装具業者 名称 郵便番号 住所 電話番号

指導機関 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。

上記により義肢等補装具費の支給を申請します。

⑯ 郵便番号 電話 局番 住所 (方) 氏名 印 年 月 日 申請者の 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。

(〒 _____)

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)

㊞

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

(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

(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 ㊟

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	
	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、照会先まで照会してください。

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、審査請求に対する判決を経る前又はその審査請求に対する判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、判決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

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

〒100-8501 東京都千代田区千代田 1-1-1
労働局労災補償課
電話番号 03-3581-2111

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、照会先まで照会してください。

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、審査請求に対する裁決を経る前又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か月以内に提起することができます。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

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。

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	(千)
	氏名	
義肢・装具	種目	
	個数	

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)

義肢等補装具 購入修理費用内訳書
(殻構造義肢用)

① 殻構造義肢の等 名称・型式	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を加減額を記入し、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 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>	

- 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	

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

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。）					
	BC	Pwr	Size	Cyl.p	Axs
右					
左					
申請受付番号					

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	
○ 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	

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	
<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>	
申請受付番号	

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	
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

--

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

2. 負傷(発病) 年 月 日

府県	所掌	管轄	基 幹 番 号	枝番号

治 ゆ 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 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 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 事 。	年 月 日				
署 名	承 認 番 号				
照 合 責 任 者 印	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経る前又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か月以内に提起することができます。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

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

都道府県	郵便番号	住所	電話番号
北海道	060-8566	札幌市北区北8条西2丁目1番1号 札幌第1合同庁舎9階	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 5階	019-604-3009
宮城	983-8585	仙台市宮城野区鉄砲町1番地 仙台第4合同庁舎8階	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3階	023-624-8227
福島	960-8021	福島市霞町1-46 福島合同庁舎5階	024-536-4605
茨城	310-8511	水戸市宮町1-8-31 茨城労働総合庁舎5階	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	前橋市大手町2-3-1 前橋地方合同庁舎8階	027-896-4738
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15階	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3階	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13階	03-3512-1617
神奈川	231-8434	横浜市中区北仲通5丁目57番地 横浜第2合同庁舎8階	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3階	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3階	076-432-2739
石川	920-0024	金沢市西念3-4-1 金沢駅西合同庁舎5階	076-265-4426
福井	910-8559	福井市春山1-1-54 福井春山合同庁舎9階	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 3階	026-223-0556
岐阜	500-8723	岐阜市金竜町5-13 岐阜合同庁舎3階	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3階	054-254-6369
愛知	460-0008	名古屋市中区栄2-3-1 名古屋広小路ビルディング11階	052-855-2145
三重	514-8524	津市島崎町327-2 津第2地方合同庁舎4階	059-226-2109
滋賀	520-0806	大津市打出浜14-15 滋賀労働総合庁舎6階	077-522-6630
京都	604-8171	京都市中京区丸鳥通御池下ル虎屋町577-2 太陽生命御池ビル3階	075-211-4100
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9階	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16階	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丁目3番3号 和歌山労働総合庁舎2階	073-488-1153
鳥取	680-8522	鳥取市富安2丁目89-9	0857-29-1706
島根	690-0841	松江市向島町134番10 松江地方合同庁舎5階	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1階	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5階	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番33号 高松サンポート合同庁舎北館3階	087-811-8921
愛媛	790-8538	松山市若草町4-3 松山若草合同庁舎5階	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2-6-26 安川産業ビル10階	092-411-4583
佐賀	840-0801	佐賀市駅前中央3-3-20 佐賀第2合同庁舎4階	0952-32-7193
長崎	850-0033	長崎市万才町7-1 住友生命長崎ビル6階	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A棟9階	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6階	097-536-3214
宮崎	880-0805	宮崎市橘通東3-1-22 宮崎合同庁舎2階	0985-38-8837
鹿児島	892-0842	鹿児島市東千石町14番10号 天文館三井生命南国テレホンビル5階	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1号館3階	098-868-3559

この記載内容や詳細につきましては、所管若しくは最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にお問い合わせください。