

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の支払請求に使うものです。

被災児童等 生徒等	氏名			男	平成	年	月	日生
				女	令和			
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
氏名								
装具装着の場合	装具製作会社の所在地及び名称							
生血場の使用	供血者の氏名及び被災児童生徒等との続柄							
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	$\text{円} \times \frac{4}{10} =$							円
								円
	合 計							円

- (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。
 2 生血については、供血者の領収書の写を添付すること。
 3 ※印は、記入しないこと。
 4 この明細書の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。