

治療用器具
生血

明細書

学校(保育所等)記入欄

立 学校(園)

被災児童等	氏名	平成 令和	年	月	日生
生徒		男 女			
	傷病名	初診年月日	年	月	日
	医療機関の証明	器具装着、生血使用年月日	年	月	日
	器具装着又は生血使用を必要とした理由				
	器具装着の場、器具の種類及び型式	生血使用の場、生血の使用量			ml
	令和 年 月 日 医療機関所在地及び名称				印
の 装 具 装 着	器具製作会社の所在地及び名称				
の 生 血 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 保護者等 氏名					
				円 × $\frac{4}{10}$ =	
※ 決 定				円	
合 計				円	

(注) 1 治療用器具については、その作製の器具製作会社、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 A 4 縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は下欄の記入に下欄のご協力ください (*該当する項目に○をつけてください。)

記入者*	公費負担医療制度*
保護者 学校(園) 設置者 医療機関	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法 利用している制度がない場合 はその他に記入 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

○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。