別紙３（６）

学校（保育所等）記入欄

立　　学校（園）

治療用装具
生　　血　明　細　書

○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。

被災児童生徒等	氏名		男 女	平成 令和	年　月　日生
医療機関の証明	傷病名		初診年月日	平成 令和	年　月　日
			装具装着、生血使用年月日	平成 令和	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 氏　名　　印				
装具の場合	装具製作会社の所在地及び名称				
生血の場合用	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　住所 氏名					
※決定				円 × $\frac{4}{10}$ =	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。

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