



治療用装具
生血 明細書

学校(保育所等)記入欄

長崎県立諫早高等学校
立 学校(園)

▲この二次元コードは、JSCが様式の種類を識別するために使用するものです。

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センター(JSC)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	平成 年 月 日生	
		女	令和 年 月 日生	
医療 機関 の 証 明	傷病名	初診年月日	令和 年 月 日	
		装具装着、生血使用年月日	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		
装具装着	装具製作会社の所在地及び名称			
生血場 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				

- (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 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】 上記証明に係る公費負担医療制度の利用状況について、下記①～④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。)			
①記入者	②利用の有無	③利用制度名	④自己負担額 円
<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 利用なし (記入終了) <input type="checkbox"/> 利用あり (③④記入)	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法 <input type="checkbox"/> その他 (利用した制度名を記入)	
			※自己負担なしの場合は0を記入してください。 ※保険外負担は記入しないでください。