別紙３（６）

学校（保育所等）記入欄
兵庫県　夢野台高等
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　住所 氏名					
※決定					円 × 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、日本産業規格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の利用状況について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。）

①記入者＊	②公費負担医療制度＊	
□ 保護者 □ 学校(園) □ 設置者 □ 医療機関	□ 利用なし（記入終了）	
	□ 利用あり（右欄記入）	□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（利用している制度を記入）〔　　〕 自己負担額（「利用あり」の場合に記入）　円