

## 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。

被災児童等 生徒等	氏名		男 女	昭和 平成	年	月	日生	
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				
	平成	年	月	日	医療機関所在地及び名称 氏名			印
装具装着の場合	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。 平成 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。