

# 義肢等補装具旅費支給申請書

労働局長 殿

義肢等補装具旅費の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

平成 年 月 日

(〒 )

住 所

申請者 の 電話番号 ( ) -

氏 名 (印) (記名押印又は署名)

1 承認書番号 No. ※概算払いを受ける場合、記入は不要です。

2 旅 費 円 (内訳を裏面に記入してください。)

<p>事実証明</p> <p>※概算払いを受ける場合、記入は不要です。</p>	<p>上記申請者が、当医療機関（施設）において、平成 年 月 日より平成 年 月 日まで、1. 義肢（筋電電動義手を含む）、装具、座位保持装置、車いす、電動車いす、かつらの採型・装着 2. 能動式義手の装着訓練 3. 筋電電動義手に係る装着訓練・試用訓練・適合判定 4. 義眼の装嵌 5. コンタクトレンズ、浣腸器付排便剤の購入費用の支給に係る検査（該当に○）を行ったことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>電話番号 ( ) -</p> <p>医療機関又は施設名</p> <p>氏 名 (印) (記名押印又は署名)</p>		
<p>振り込みを希望する金融機関の名称</p>	<p>銀行・金庫 本店・本所</p>	<p>預金の種類</p>	<p>普通・当座</p>
	<p>農協・漁協 出張所</p>	<p>口座番号</p>	
	<p>信組 支店・支所</p>	<p>口座名義人</p>	

