別紙３（３）

学校（保育所等）記入欄
立　　学校（園）

医療等の状況

平成
令和　　年　　月分

○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			
負傷名	(1) (2) (3)				転帰			
					継続中	治ゆ	中止	転医
施術開始の年月日	(1) 平・令　年　月　日 (2) 平・令　年　月　日 (3) 平・令　年　月　日	施術終了の年月日	(1) 平・令　年　月　日 (2) 平・令　年　月　日 (3) 平・令　年　月　日	施術実日数	日			

施術の内容欄				計
初検料	円	往療料	片道　km	
加算 休日・深夜・時間外	円	円×	回＝　円	
初検時 相談支援料	円	加算 夜間・難路 暴風雨雪	円	
再検料	円	柔道整復 運動後療料	円×　回＝　円	円
整復・固定・施療料	整復料　円	固定料　円	施療料　円	
金属副子等加算	円	円		円
	施術を行った期間	回数	一回の料金	
後療料	月　日から	回	円	
金属副子等交換料加算	月　日まで	回	円	円
温罨法料	月　日から 月　日まで	回	円	円
冷罨法料	月　日から 月　日まで	回	円	円
電療料	月　日から 月　日まで	回	円	円
施術情報提供料				円
その他				円
備考				
施術金額合計				円

上記のとおりです。
令和　　年　　月　　日
柔道整復師　住所
氏名　　印

※決定	
	円 ×$\frac{4}{10}$＝　円
	円
合計	円

（注）１　この医療等の状況は、柔道整復師から施術を受けた場合に使用すること。
２　※印は、記入しないこと。
３　この医療等の状況の用紙は、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＊	□乳幼児 □ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法＊
□ 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）	□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