

(特) 障害報告書

○この用紙は(一財)埼玉県高等学校安全振興会の特別見舞金の支払請求に使うものです。	学 校 名 及 び 所 在 地		保 護 者 氏 名	
	被 災 生 徒 氏 名		学 年	全 定 専 特 支 年 組 男 女
	障害の原因となつた負傷、疾病の発生日時及び当初の傷病名	日 時 年 月 日 前 午 後 時 分	当初の傷病名	
初 診	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日 からの 日 間	年 月 日 まで
上記被災者の災害は、学校の管理下において発生したものに相違ありません。 令和 年 月 日 学校名 校長氏名				
傷病名			傷病の部位	
傷病の治癒した年月日		年 月 日		
○障害状況の詳細〔図で示すことができるものは図解してください。〕 〔障害認定日と等級を明記してください。〕 ○ <u>歯科の場合は、欠損あるいは破折の状態を図解し、注2を参照のうえ補綴の状況を記入してください。</u>				
上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 医療機関所在地及び名称 医 師 氏 名 ①				
※ 決 定			級	円

(注) ※印は、記入しないでください。

歯科の障害の場合は、下記注2を参照の上、治療が下記の「**歯科補綴を加えたもの**」に該当する場合に、医師の証明欄に注3を参考にして記入してもらってください。

注 1. 「障害状況の詳細」の欄について記載欄が不足するときは適宜別紙に記載して添付すること。なお、障害状況が外部から明らかに認められないときは、レントゲンフィルム又は写真を添付すること。

注 2. ●「**歯科補綴を加えたもの**」とは、**歯牙の欠損あるいは歯冠の崩壊について、欠損補綴あるいは、歯冠修復を加えたものを言う。**

- ① 欠損補綴とは 有床義歯、架工義歯、口蓋補綴及び齶補綴。
- ② 歯冠修復とは 全部鑄造冠、部分鑄造冠のうち前歯の $\frac{3}{4}$ 冠及び臼歯の $\frac{4}{5}$ 冠、ジャケット冠、金属冠、歯冠継続歯。
- ③ 欠損とは 歯が根っこから全部とれてなくなったもの。(治療過程で抜歯したものも含む)
- ④ 歯冠の崩壊とは 歯冠部あるいは歯根部に破折、亀裂があるもの。

●「**歯科補綴を加えたもの**」と認められないもの。

- ① 歯冠の崩壊はあるが充填、インレー、ポストインレー等で修復した場合。
- ② 完全脱臼のため再植した歯牙及び不完全脱臼により動揺した歯牙を固定装置としてジャケット冠などで固定した場合。
- ③ 健全歯を欠損補綴の支台歯とするためジャケット冠などを装置した場合。
- ④ 脱落した歯牙を再植した場合。但し、再植歯が歯根吸収等により、5年以内に自然脱落した場合には、欠損歯と認めることができる。

※乳歯の場合は、欠損、崩壊があっても歯科補綴を加えたものと認めない。

注 3. 医師の証明欄の記入例

