

歯牙欠損見舞金の支給基準について

このことについて、新たに下記のとおり取扱いを定める。
なお、この取扱いは、令和3年4月1日以降に発生した災害について適用する。

記

1 支給の趣旨

独立行政法人日本スポーツ振興センター法施行令（平成15年政令第369号。以下「施行令」という。）第3条第1項第2号、独立行政法人日本スポーツ振興センターに関する省令（平成15年文部科学省令第51号。以下「省令」という。）第21条及び第23条に規定する障害に関し、3歯以上（切（門）歯部については欠損補綴（有床義歯、架工義歯）の適応症である歯牙が2歯の場合を含む。）に対し歯科補綴を加えたものについては障害見舞金の対象となっているが、1歯欠損の場合は対象とならない。歯牙の欠損は、1歯であっても、発音、摂食、審美において影響を及ぼすことに鑑み、障害見舞金の対象とならない1歯の歯牙の欠損について、現金給付として歯牙欠損見舞金を支給する。

2 支給を行う場合

災害共済給付契約に係る児童生徒等の学校の管理下（以下「学校の管理下」という。）における児童生徒等の負傷により、1歯以上を欠損した場合（障害見舞金の対象となるものを除く。）を対象とする。

なお、ここでいう「欠損」とは、「永久歯が根から全部取れてなくなったもの（喪失歯であり、治療過程で抜歯したものも含む。）」をいい、「破折」は含まない。また、「障害見舞金の対象となるもの」とは、「当該負傷により、歯牙障害にかかる障害見舞金が支給される場合」をいい、この場合において、歯牙欠損見舞金の支給は行わない。

3 支給額

歯牙欠損見舞金の支給額は、1歯につき80,000円とする。

4 支払請求及び審査

(1) 歯牙欠損見舞金の支払請求

歯牙欠損見舞金の支給は、学校・保育所等の設置者が、別記様式第1「歯牙欠損見舞金支払請求書」に災害報告書[※]、別記様式第2「歯牙欠損報告書」、別記様式第3「歯牙欠損診断書」及びその他請求に必要な書類を添付し、支払請求を行う。

※ 医療費の請求がある場合は、災害報告書（写し）を添付することとする。

(2) 支払請求に対する審査

上記(1)の提出書類によりセンターが審査し、歯牙欠損見舞金の支給決定を行う。

5 支給決定に対する支払通知

歯牙欠損見舞金の支給は、施行令第4条第5項に規定する者を経由して保護者等に支払い、当該経路者に対しては歯牙欠損見舞金についての別記様式第4「歯牙欠損見舞金支払通知書」を送付する。

6 給付原簿の整備

歯牙欠損見舞金を支給した場合、センターは、別記様式第5「歯牙欠損見舞金給付原簿」を備え、所要の事項を記載して整理する。

7 保護者等への支払完了の報告

設置者は、保護者等への歯牙欠損見舞金の支払いが完了した場合において、別記様式第6「歯牙欠損見舞金支払済報告書」を提出する。

8 支払請求等に係る留意点

(1) 欠損補綴歯(欠損補綴を加えたもの)の脱落等は、欠損した歯数に算入しない。

(2) 欠損歯が過剰歯である場合も、欠損した歯数に算入して差し支えない。

(3) 欠損歯が乳歯である場合は、欠損した歯数に算入しない。

(後継永久歯が無い乳歯である場合は、欠損した歯数に算入する。)

(4) 学校の管理下の災害により脱落した歯牙を再植した場合(再植歯)は、欠損した歯数に算入しない。

なお、再植歯牙が歯根吸収等により無事故的に脱落したものである場合は、その脱落が、当初の負傷についての医療費の支給開始後10年以内であるときは、その脱落に対する医療費及びその結果として欠損したときは、歯牙欠損見舞金のいずれも支給の対象とする。

9 時効の取扱い

歯牙欠損見舞金に係る時効については、災害共済給付と同様に取り扱う。

歯牙欠損見舞金を受ける権利は、その支給事由が生じた日から2年間行わないときは、時効により消滅する。時効は、傷病が治った日の属する月の翌月10日の翌日から起算するものとする。なお、傷病が治った日と、症状の固定した日が一致しない場合にあつては、症状の固定した日の属する月の翌月の10日の翌日を起算日とする。

歯 牙 欠 損 報 告 書

※受付日 年 月 日

※受付番号

被災児童 生徒等	フリガナ 氏 名		学年	性別	保護者等 (受給者) 氏 名	
歯 牙 欠 損 の 原 因 と な っ た 負 傷、疾 病 の 発 生 日 時 及 び 当 初 の 傷 病 名		日 時	年 月 日 時 分		当初の傷病名	
					当初の災害 報告書番号	
初 診	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで			
傷 病 名				傷病の部位		
傷病の治ゆ又は症状固定日		年 月 日			治 ゆ 症状固定	
診 断 を し た 医 師	住 所					
	氏 名					
傷 病 か ら 歯 牙 欠 損 ま での 経 過						
<p>上記のことは事実と相違のないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">学校(保育所等) 名及び所在地</p> <p style="text-align: center;">校長(園長・所長)氏名</p>						
※決 定						円

- (注) 1 歯牙欠損診断書を添付すること。
 2 「傷病から歯牙欠損までの経過」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。
 3 ※印は、記入しないこと。
 4 この報告書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

歯牙欠損診断書

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)																																
受傷年月日	年 月 日	傷病の治ゆ又は症状固定日	治 ゆ 症状固定																																
傷病名	※初診時の傷病名及び経過について記入してください。																																		
災害前	①今回の災害前に、欠損補綴（有床義歯、架工義歯、口蓋補綴及び顎補綴）あるいは歯冠修復（歯冠継続歯、前装鑄造冠、全部鑄造冠、部分鑄造冠のうちの前歯の4分の3冠、及び臼歯の5分の4冠、ジャケット冠、金属冠に限る。）を加えていた歯 <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">該当歯 計 _____ 歯</p>			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
災害後	②今回の災害により、欠損（永久歯が根から全部取れてなくなったもの（治療過程で抜歯したものを含む。））した歯 ※ 再植した場合は、欠損した歯に含みません。 <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">該当歯 計 _____ 歯</p>			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
備考	③治療内容（補綴の形態など） 																																		
上記のとおり診断いたします。		所在地																																	
		名称																																	
年 月 日		医師氏名	㊟																																

- 記入上のお願ひ
- 1 該当する事項に○印をつけ、必要事項をご記入ください。
 - 2 該当する歯がない場合には、該当歯 計0歯とご記入ください。
 - 3 訂正の場合は訂正印を押してください。

設置者住所
設置者名

殿

歯牙欠損見舞金支払通知書

独立行政法人日本スポーツ振興センター理事長

年 月 日付けで請求のあった歯牙欠損見舞金について、下記のとおり決定しましたから通知します。

学年 (年齢) 性別	被災児童生徒等氏名	災害発生年月日	傷 病 名 (医療等の状況から転記してください)	給付金請求額		転 帰	支払額 又は 決定内容	備 考
				医療費・点 医療費・円	食事療養費 その他			
		年 月 日 発生		点 円	円		円	
		年 月 日 発生		点 円	円		円	
		年 月 日 発生		点 円	円		円	
		年 月 日 発生		点 円	円		円	
		年 月 日 発生		点 円	円		円	
		年 月 日 発生		点 円	円		円	
		年 月 日 発生		点 円	円		円	
		年 月 日 発生		点 円	円		円	
		年 月 日 発生		点 円	円		円	
		年 月 日 発生		点 円	円		円	
学校（保育所等）名				本項計			円	
合 計							円	

(注) この通知書の用紙は、日本産業規格A4横型とすること。

決 定 日
年 月 日

設 置 者 住 所
設 置 者 名

独立行政法人日本スポーツ振興センター

歯牙欠損見舞金給付原簿

学年 (年齢) 性別	被災児童生徒等氏名	災害発生日月	傷 病 名 (医療等の状況から転記してください)	給付金請求額		転 帰	支払額 又は 決定内容	備 考	
				医療費・点 医療費・円	食事療養費 その他				
		年 月 日 発生		点	円	治 死 中			
男・女				円	円		円		
		年 月 日 発生		点	円	治 死 中			
男・女				円	円		円		
		年 月 日 発生		点	円	治 死 中			
男・女				円	円		円		
		年 月 日 発生		点	円	治 死 中			
男・女				円	円		円		
		年 月 日 発生		点	円	治 死 中			
男・女				円	円		円		
		年 月 日 発生		点	円	治 死 中			
男・女				円	円		円		
		年 月 日 発生		点	円	治 死 中			
男・女				円	円		円		
学校名 (保育所等) 名				本 頁 計	件		円	件	円
				合 計	件		円	件	円

独立行政法人日本スポーツ振興センター理事長 殿

設置者所在地

設置者名

歯牙欠損見舞金支払済報告書

年 月 日付け日ス振 第 号で通知のあった歯牙欠損見舞金について、下記のとおり保護者等に支払ったので報告します。

記

学校（保育所）名称					
被災児童生徒等氏名		保護者等 氏 名		続 柄	
災害発生年月日	年 月 日	支払方法	現金・銀行振込・その他（ ）		
		支払日	年 月 日		
歯牙欠損見舞金の額	歯牙欠損見舞金				
	円				

- ※ 受領書の写し、振り込み書の写し等、保護者等の受領が確認できる文書を添付してください。
- ※ 提出された報告書等は「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」に基づき適正に取り扱います。