

様式第43号 (第4次改正・一部、第10次改正・一部)

福祉事業 (リハビリテーション) 申請書

		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 (回目)					
		*認定番号					
地方公務員災害補償基金.....支部長 殿		申請年月日 年 月 日					
下記の福祉事業 (リハビリテーション) を受けた いので申請します。		申請者の住所 氏 ^{ふりがな} 名 ④ 年 月 日生 (歳)					
被 関 災 す 職 員 事 に 項	1 所属団体名	所属部局名 (電話番号)					
	負傷又は発病 の 年 月 日	治癒年月日 年 月 日					
	傷病名及び 障害の部位	障害等級 第 級					
2 リハビリテーションを必要とする理由 別添「医師等の証明書」のとおり							
3 内 容	種 類	期 間	金 額 (円)				
			訓練指導料	宿泊料	食事料	サービス料	その他
		年 月 日から 年 月 日まで					
		年 月 日から 年 月 日まで					
	年 月 日から 年 月 日まで						
4 申請金額		円					
5 希 望 す る 施 設		所在地 名 称					
6 旅 行 費 の 申 請		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
7 送金希望 の 場 合	<input type="checkbox"/> 振込み 振込先金融機関名 銀行 支店	預金の種類 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	<input type="checkbox"/> 送金小切手 受取先金融機関名 銀行 支店				
	預金名義者名	口座番号	<input type="checkbox"/> その他				
* 所属部局の受付 年 月 日		* 任命権者の受付 年 月 日					
		* 基金支部の受理 年 月 日					
* 通知 年 月 日 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給		* 決定金額 円					
		* 支払 年 月 日					

〔注意事項〕 裏面参照。

〔注意事項〕

- 1 申請者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 新たにリハビリテーションを受けようとする場合は、その実施を必要と認める旨の医師等の証明書を添付すること。
- 3 リハビリテーションに要する金額を予定できる場合は、その予定金額を記入すること。
- 4 「申請者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。