

様式第43号

福祉事業（リハビリテーション）申請書

認定番号			
<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	第	回

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																				
		フリガナ 氏名																				
1 閑被 す災 る職 事員 項に	所属団体名		フリガナ 氏名	年 月 日 生 (歳)																		
	所属部局名 (電話番号)		負傷又は発病の年月日	年	月	日																
	職名		治 ゆ 年 月 日	年	月	日																
			障 害 等 級	第	級																	
傷病名及び障害の部位																						
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	計														
		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 名称 所在地																						
6 旅行費の申請 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																						
7 送 金 希 望 口 座 等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号																					
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 本支店等名 口座番号 口座名義人 氏名(フリガナ)																					
	<input type="checkbox"/> その他																					
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">* 受理 (到達した年月日)</td> <td colspan="2">所属部局</td> <td colspan="2">任命権者</td> <td>基金支部</td> </tr> <tr> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>* 決定金額 円</td> <td colspan="2">* 通知 年 月 日 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給</td> <td colspan="2">* 支払 年 月 日</td> </tr> </table>						* 受理 (到達した年月日)	所属部局		任命権者		基金支部	年	月	日	年	月	日	* 決定金額 円	* 通知 年 月 日 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給		* 支払 年 月 日
* 受理 (到達した年月日)	所属部局		任命権者		基金支部																	
	年	月	日	年	月	日																
* 決定金額 円	* 通知 年 月 日 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給		* 支払 年 月 日																			

〔注意事項〕

- 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。
- 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。
- リハビリテーションに要する額を予定できる場合は、その予定額を記入すること。
- 「7 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。