

様式第44号

福祉事業（補装具）申請書

認定番号

地方公務員災害補償基金	申請年月日 年 月 日
支部長 殿 下記の福祉事業（補装具の <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 再支給）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 関 被 災 者 の 職 事 員 に	所属団体名	フリガナ 氏 名
	所属部局名	年 月 日生（ 歳）
	職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 年 月 日 治 ゆ 年 月 日 年 月 日
	傷病名及び 障害の部位	は傷病等級又 <input type="checkbox"/> 傷病等級（第 級 第 号） <input type="checkbox"/> 障害等級（第 級 第 号） 決定年月日 年 月 日 (年金証書の番号 第 号)

2 と 補 装 具 を 必 要 と す る 理 由	理由		
	種 別	個 数	個
	単 価	円	円
	金 額	円	円

3 装着又は修理年月日 年 月 日

4 補装具の費用の支給申請額 円

5 希望する製作修理業者 名称
所在地

6 採型指導 義肢採型指導料 円 採型指導を受けたい医療機関 名称
採型指導年月日 年 月 日 所在地

7 旅行費の申請 有 無

8 送金希望口座等
 公金受取口座を利用する
個人番号
 任意の口座を指定する
金融機関名 本支店等名 口座種別 普通 当座
口座番号 口座名義人 氏名（フリガナ）.....
 その他

* 受 理	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部
(到達した年月日)	年 月 日	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。
- 「2 補装具を必要とする理由等」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師等の証明書を添付してもよいこと。
- 補装具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。
- 「8 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。