

**様式第46号**

**福祉事業（在宅介護を行う介護人の派遣）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		申請者の住所					
下記の福祉事業（在宅介護を行う介護人の派遣） を受けたいので申請します。		フリガナ 氏 名					
1 被 す 職 事 員 項 に	所属団体名			フリガナ 氏 名			
	所属部局名			年 月 日生（歳）			
	職 名			□ 常 勤	申請者の受けている年金の種類		□ 傷病補償年金（第級）
				□ 令第1条職員			□ 障害補償年金（第級）
	傷 病 名			年金証書の番号 第			号
2 派遣開始希望年月日又は最初に供与を受けた年月日				年	月	日	
3 費 用 の 支 給 申 請	供与を受けた日時						
	年 月 日 時 分 ~ 時 分 ( □ 3時間、 □ 6時間、 □ 9時間 )	年 月 日 時 分 ~ 時 分 ( □ 3時間、 □ 6時間、 □ 9時間 )	年 月 日 時 分 ~ 時 分 ( □ 3時間、 □ 6時間、 □ 9時間 )				
	費用総額 (A) 円						
	うち自己負担額（賃金相当額の10分の3に相当する額） (B) 円						
申請金額 (A) - (B) 円							
4 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="text"/>						
	任意の口座を指定する			金融機関名	本支店等名	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
				口座番号	口座名義人 氏名（フリガナ）		
	<input type="checkbox"/> その他						
* 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	* 支 払	年 月 日		
			□ 支給 <input type="checkbox"/> 不支給				

〔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。
- 「3 費用の支給申請」の欄は、介護人の派遣に必要な費用の支給を受けようとする場合にのみ記入すること。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にても差し支えないこと。
- 介護人の派遣に必要な費用の支給を申請する場合には、申請金額に係る領収書及び明細書を添付すること。
- 「4 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。