

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 ..... 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。	申請年月日 年 月 日
	申請者の住所 ..... フリガナ 氏 名

1 関 被 す 災 る 職 事 員 項 に	所属団体名	フリガナ 氏 名
	所属部局名 (電話番号)	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
	傷病名及び障害の部位	治 ゆ 年 月 日 年 月 日 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)					
		年 月 日から 年 月 日まで	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						

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  有  無

7 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 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 年 月 日
----------------	------------	------------	------------

* 決定金額 円	* 通知 <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があること。
- 年月日の記載には元号を用いる。