

福祉事業（リハビリテーション）申請書										認 定 番 号			
										☐ 新規	☐ 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 被 災 者 の 職 務 に 関 連 す る 職 員 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 ☐ 常 勤 ☐ 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					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	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		☐ 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			任 命 権 者				基 金 支 部				
		年 月 日			年 月 日				年 月 日				
* 決 定 金 額 円			* 通 知			年 月 日			* 支 払 年 月 日				
			☐ 支 給 ☐ 不 支 給										

- 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額を予定できる場合は、その予定額を記入すること。
- 4 「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。
- 5 年月日の記載には元号を用いる。