様式第43号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉事業（リハビリテーション）申請書 | | | | | | | | | □新規　　　□継続（　　回目） | | | | |
| 認定番号 | |  | | |
|  | 地方公務員災害補償基金　大阪府支部長　様  　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    ふりがな  氏名  　　　　　　　　年　　月　　日生（　　歳） | | | | | | |
| 関する事項  １　被災職員に | 所属団体名 | | | | | 所属部局名　　（電話番号　　　　　　　） | | | | | | |
| 負傷又は発病  　　　　　　 年　　月　　日  の年月日 | | | | | 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 | | | 所在地  名　称 | | | | | | | | | |
| ６　旅　行　費　の　申　請 | | | □　有　　　　　　□　無 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ７ 送金希望  の 場 合 | □　振込み  振込先金融機関名  　　　 　 銀行　　　 支店 | □　普通預金  預金の種類  □　当座預金 | □送金小切手  受取先金融機関名  銀行　　　支店 |
| 預金名義者名 | 口座番号 | □　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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＊　通知　　年　　 月　 　日  　　　　 □ 支給　 □ 不支給 | ＊　決定金額  　　　　　　　　　　円 | ＊　支払  年　　月　　日 |

〔注意事項〕裏面参照。

〔注意事項〕

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金額を予定できる場合は、その予定金額を記入すること。

４　年月日の記載には元号を用いる。