

福祉事業（リハビリテーション）申請書

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 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）	
1 被 災 す る 職 員 に 関 する 事 項	所属団体名	所属部局名（電話番号）	
	負傷又は発病 の年月日	年 月 日	治癒年月日 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）
		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	所在地 名 称		
6 旅 行 費 の 申 請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

7 送金希望 の 場 合	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する											
	個人番号											
											
※公金受取口 座利用もしく は任意口座指 定にチェック	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する				<input type="checkbox"/> 普通預金				<input type="checkbox"/> 送金小切手			
	振込先金融機関名 銀行 支店				預金の種類 <input type="checkbox"/> 当座預金				受取先金融機関名 銀行 支店			
	預金名義者名				口座番号				<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	年 月 日

* 通知 年 月 日 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 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。