

様式第 44 号

福祉事業（補装具）申請書

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（補装具の <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 再支給）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	治ゆ年月日 年 月 日	
	傷病名及び 障害の部位	傷病等級 又は 障害等級	第 級 決定日 年 月 日 (年金証書の番号 第 号)
	理由		
2 補と 装具 を 理 必 要 等	種別		
	個数	個	個
	単価	円	円
	金額	円	円
3 装着又は修理年月日	年 月 日		
4 補装具の費用の支給申請額	円		
5 希望する製作修理業者	所在地 名称		
6 採型指導	義肢採型指導料	円	採型指導年月日 年 月 日
	採型指導を受け たい医療機関	所在地 名称	
7 旅行費の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

8 送金希望 の場合  ※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"/> 公金受取口座を利用する											
	個人番号											
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する											
	振込先金融機関名 銀行 支店				預金の種類 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金				<input type="checkbox"/> 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			<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 □ 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 「2 補装具を必要とする理由等」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師等の証明書を添付してもよいこと。
- 3 補装具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。