１号紙

様式第42号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 福祉事業 申請書 | | | | | | | | □新規　　　□継続（　　回目） | |
| 認定番号 |  |
| 地方公務員災害補償基金東京都支部長　殿  下記の福祉事業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      　　年　　月　　日生（　　歳） | | | | | | |
| １ | | 所属団体名 | | | | 所属部局名　　　（電話番号　　　　　　　　） | | | | | | |
| 関する事項  被災職員に | |
| 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　外科後処置等を必要とする理由　別添「診断書」のとおり | | | | | |  | | | | | | |
| ３費用の受領委任 | この申請書による外科後処置等の費用の受領を　　　　　 　に委任します。  委任者の氏名 | | | | | | | | | | | |
|
| 上記委任に基づき、この申請書による外科後処置等の費用の支払を請求します。  受任者の | | | | | | | | | | | |
| ４ | | 診療費 | | | 内訳は「＊13　医師の証明」欄記載のとおり | | | | | | | 円 |
| ５ | | 調剤費 | | | 内訳は「＊14　薬剤師の証明」欄記載のとおり | | | | | | | 円 |
| ６ | | 看護料 | | | □　訪問看護　内訳は「\*15　訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり | | | | | | | 円 |
| 年　　月　　日から　　　　　　　看護師の資格  日間  年　　月　　日まで　　　　　　　□有　□無 | | | | | | | 円 |
| ７ | | 移送費 | | | □　交通費  　　から　　まで　　キロメートル | | □片道  □往復 | | | 回 | | 円 |
| □　その他の移送費 | | | | | | |
| ８ | | 上記以外の診療費 | | | 円 | | | | | | | |
| ９ | | 日当  (外科後処置に限る) | | | 年　　　　月　　　　日から  年　　　　月　　　　日まで | | | | 日間 | | | 円 |
| 10 | | 申請金額 | | | 円 | | | | | | | |
| 11 | | 外科後処置等を  受けようとする  医療機関 | | | 所 在 地  名　　称 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 12 | 振込み | 振込先金融機関名  銀行　　　　支店 | 預金名義者名 | 法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要｡) |
| の場合  送金希望 | 口座の記号番号 |
| □　普通預金　　□　当座預金 | （フリガナ）  氏　　　名 |
| 送金小切手 | 銀行　　　　支店 |
| その他 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＊　所属部局の受付  年　　　月　　　日 | ＊　任命権者の受付  年　　　月　　　日 | ＊　基金支部の受理  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〕別紙参照。

２号紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊１３　医師の証明 | | | | | | （職員氏名） | |
| 診療時の症状 | |  | | | | | |
| 診療期間 | | 年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで　　　日間　　診療実日数　　　日 | | | | | |
| 診療費の内訳 | | | | | | | 金　額（円） |
| 初診 |  | | | | | |  |
| 再診 |  | | | | | |  |
| 在宅 |  | | | | | |  |
| 投薬 | 内服  屯服  外用  調剤  処方  麻毒  調基 | | | |  | |  |
| 注射 | 皮下筋肉内  静脈内  その他 | | | |  | |  |
| 処置 |  | | | | | |  |
| 手術  麻酔 |  | | | | | |  |
| 検査 |  | | | | | |  |
| 画像  診断 |  | | | | | |  |
| その他 |  | | | | | |  |
| 入院 | 入院期間 | | 年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　日まで　　　日間 | | | |  |
| 病・診・衣 | | 入院基本料・加算 | | | |  |
| 特定入院料・その他 | | | | | |
| 食事 | 基準 | |  | | |
| 診療費の合計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円 | | | | | | | |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。  　　診療機関の | | | | | | | |

〔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　新たに外科後処置等の福祉事業を受けようとする場合は、当該福祉事業の実施を認める旨の医師等の証明書を添付すること。

　３　「３　費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護のみを行った訪問看護事業者に費用の受領を委任しようとする場合のみ記入すること。

　４　「６　看護料」及び「７　移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。

　５　「８　上記以外の診療費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「４　診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。

　６　「\*13　医師の証明」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。

　７　「\*14　薬剤師の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した薬剤師の証明書を添付してもよいこと。

　８　「\*15　訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。

　９　「申請者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。