

記載例 35 福祉事業（補装具）申請書

様式第 44 号

福祉事業（補装具）申請書

認定番号

0000-0000

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（ <input checked="" type="checkbox"/> 支給 補装具の <input type="checkbox"/> 修理）を受けたい <input type="checkbox"/> 再支給） ので申請します。		申請年月日 29 年 4 月 3 日 申請者の住所 ○○県○○市○○町1-2-3 氏 名 東京 一郎  昭和37年10月10日生（54 歳）	
1 被 関 災 す 職 る 員 事 に 項	所属団体名 東京 都	所属部局名 ○○局○○部	
	負傷又は発病 の 年 月 日 平成25年10月1日	治ゆ年月日 平成28 年 10 月 5 日	
	傷病名及び 障害の部位 脊髄損傷 両下肢麻痺	傷病等級又 は障害等級	等 級 第 1 級 決 定 日平成29年2月5日 (年金証書番号 第1316200100号)
2 補 と 装 具 を 理 必 由 要 等	理 由 両下肢の用を全廃し、日常生活上車椅子を必要とする。		
	種 別	車椅子(普通型)	
	個 数	1 個	個
	単 価	100,900 円	円
	金 額	100,900 円	円
3 装着又は修理年月日	平成28 年 8 月 9 日		
4 補装具の費用の支給申請額	100,900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 checked="" type="checkbox"/> 無		
8 送 金 希 望 の 場 合	<input checked="" type="checkbox"/> 振込み 振込先金融機関名 ○○ 銀行 ○○ 支店	預金の種類 <input checked="" 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 東京一郎	口座の記号番号 1234567	<input type="checkbox"/> 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 <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。

銀行に届けている口座名義を正確に記入

申請者は年金の受給権者であること

福祉事業（奨学援護金）申請書				認定 番号	0000-0000		
地方公務員災害補償基金東京都支部長...殿 下記の奨学援護金の支給を申請します。				申請年月日	平成 29 年 11 月 8 日		
				申請者の住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-2		
				氏 名	新宿花子 		
1 申 請 者 に 関 項	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金	(傷病等級) 第 級	年金証書 の 番 号	第 号	年金支給 開始年月	平成 年 月	
	<input type="checkbox"/> 障害補償年金	(障害等級) 第 級	年金証書 の 番 号	第 号	年金支給 開始年月	平成 年 月	
	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族補償年金		年金証書 の 番 号	第13173001-02号	年金支給 開始年月	平成 29 年 10 月	
2 在 学 者 等 に 関 す る 事 項	氏 名	新宿次郎		新宿洋子			
	生 年 月 日	平成17年 11 月 5 日生		平成19年 4 月 7 日生		年 月 日生	
	住 所	〇〇県〇〇市〇〇町 1-2		同左			
	申請者との続柄	長男		長女			
	学校等の名称	〇〇市立〇〇小学校		同左			
	学 年	第 6 学年		第 4 学年		第 学年	
	学校等の所在地	〇〇市〇〇町 4-22		同左			
備 考							
* 3	承認・不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	
* 4	支給開始年月	年 月		年 月		年 月	
* 5	支給月額	円		円		円	

6 送 金 希 望 の 場 合	振 込 み	振込先金融 機 関 名	〇〇銀行〇〇支店	* 受 理	平成 年 月 日
		<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		* 承 認	平成 年 月 日
		口座番号	0123456		
	預金名義者	新宿花子			
	送金小切手	受取先金融 機 関 名	銀行 支店	* 通 知	平成 年 月 日
	そ の 他			* 承認金額	円

〔注意事項〕裏面参照。

様式第 42 号 福祉事業（外科後処置）申請書

新規 継続（3回目）
認定番号 0000-0000

地方公務員災害補償基金東京都支部長 殿		申請年月日 平成29年 4 月 3 日	
下記の福祉事業（外科後処置）を受けた アフターケア いので申請します。		申請者の住所 (〒000-0000)〇〇県〇〇市 〇〇町1-2-3 氏 名 東京 一郎 (東京) 昭和37年 10 月 10 日生 (54 歳)	
1 被 関 災 す 職 員 事 に 項	所属団体名 東京都	所属部局名 (電話番号1234-5678) 〇〇局〇〇部	
	負傷又は発病の年月日 平成25年 10 月 1 日	治癒年月日 平成28 年 11 月 5 日	
	傷病名及び障害の部位 脊髄損傷 両下肢麻痺	障害等級 第 1 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 関東病院 関東太郎 に委任します。 委任者の氏名 東京 一郎 (東京)		
	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 { 住 所 東京都〇〇区〇〇1-2-3 医療機関等の名称 関東病院 (関東) 氏名(代表者) 関東太郎		
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	<input type="checkbox"/> 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 年間 看護師の資格 年 月 日まで 日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
7	移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 片道 回 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 往復	円
		<input type="checkbox"/> 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 日間 年 月 日まで	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 東京都〇〇区〇〇1-2-3 名称 関東病院	

自己負担請求の場合は記入不要

12 送 金 希 望 の 場 合	振 込 先	振込先金融機関名 〇〇 銀行 〇〇 支店	預 金 名 義 者 名 氏 名 関東太郎 (フリガナ) かん とう たろう
		口座の記号番号 1234567	
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預	法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要) 関東病院	
	送 金 小 切 手 銀行 支店		
	そ の 他		

自己負担請求の場合は申請者の名義口座を記入

* 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 <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〕別紙参照。

銀行に届けている口座名義を正確に記入

* 1 3 医師の証明		(職員氏名) 東京 一 郎	
診療時の症状	歩行障害あり		
診療期間	平成29年1月1日から 平成29年1月31日まで 31日間 診療実日数 1日		
診療費の内訳			金額(円)
初診			
再診			1,360
在宅			
投薬	内 屯 外 調 処 麻 調	服 用 剤 方 毒 基	10,416
注射	皮 下 筋 肉 内 静 脈 そ の 他	〇〇〇錠 100mg 3T 21×28 △△△錠 2T 10×28	
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			11,776 円
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 平成 29 年 2 月 1 日			
診療機関の		{ 所在地 東京都〇〇区〇〇1-2-3 名称 関東病院 医師の氏名 関 東 太 郎	