


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 員 事 に 項	所属団体名 東京都 所属部局名 ○○局○○部	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	等級 第 1 級 傷病等級又は障害等級 決定日平成29年2月5日 (年金証書番号 第1316200100号)	
	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 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 由 必 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