

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 下記の福祉事業（外科後処置）を受けた いので申請します。		申請年月日 令和3年 2月 3日 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 昭和40年 10月 10日生（55歳）	
1 被災 者 の 事 項	所属団体名	東京都	
	所属部局名	〇〇局〇〇部	
	負傷又は発病の年月日	平成28年 10月 1日	治癒年月日 令和 元 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」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		
	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 医療機関の名称 関東病院 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 〇〇日 〇〇日 まで	看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円
7	移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 〇〇から 〇〇まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 円	
		<input type="checkbox"/> その他の移送費 円	
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 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	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)
		〇〇 銀行 〇〇 支店		関東病院
	口座の記号番号	1234567	(フリガナ) 氏 名 関 東 太 郎	
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			
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

* 受理 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 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。