

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 〇〇〇〇-〇〇〇〇

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 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 令和5年4月3日 申請者の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 フリガナ トウキョウ イチロウ 氏名 東京 一郎 (自署又は押印)		
1 関被する職事員に	所属団体名 東京都 所属部局名 〇〇局〇〇部 職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 傷病名及び障害の部位 脊椎損傷 両下肢麻痺	フリガナ トウキョウ イチロウ 氏名 東京 一郎 昭和43年10月10日生(54歳) 負傷又は発病の年月日 令和2年10月1日 治癒年月日 令和4年10月5日 傷病等級(第1級第3号) 障害等級(第1級第3号) 決定年月日 令和5年2月5日 (年金証書の番号 第1319400100号)		
	2 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。			
	と補装具を理由を必要とする	種別 車椅子(普通型) 個数 1個 単価 100,600円 金額 100,600円	個 個 円 円	
	3 装着又は修理年月日 令和5年3月9日			
4 補装具の費用の支給申請額 100,600円				
5 希望する製作修理業者 名称 所在地				
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 名称 所在地			
7 旅行費の申請 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無				
8 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する <input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 送金希望口座等 個人番号 金融機関名 〇〇銀行 本支店等名 〇〇支店 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 1234567 口座名義人 氏名(フリガナ) 東京 一郎(トウキョウ イチロウ) <input type="checkbox"/> その他				
* 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	
* 決定金額 円		* 通知 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	* 支払 年 月 日	

請求者本人の口座を記入

銀行に届けている口座名義を正確に記入

[注意事項]

- 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 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。
- 補装具に要する額を予定できる場合は、その予定額を記入すること。
- 「8 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要がないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。