

記載例37 福祉事業（アフターケア）申請書
様式第42号

1号紙

福祉事業〔~~外科後処置~~アフターケア〕申請書

認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続	第 3 回

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 アフターケア〕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 関被する職事員項に	所属団体名 東京都	フリガナ トウキョウ イチロウ 氏名 東京 一郎
	所属部局名 〇〇局〇〇部 (電話番号 1234-5678)	昭和 42 年 10 月 10 日生 (55 歳)
	職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 平成 30 年 10 月 1 日 治癒年月日 令和 3 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 (自署又は押印)
	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 { 医療機関等の名称 東京都〇〇区〇〇1-2-3 所在地 関東病院 氏名(代表者名) 関東太郎 (自署又は押印)

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 日間 (看護師の資格) 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円

7 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 片道 <input type="checkbox"/> 往復 から まで km	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	円
	年 月 日まで	

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	名称 関東病院
	所在地 東京都〇〇区〇〇1-2-3

12 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 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 法人機関又は役職の名称(フリガナ) 関東病院 氏名(フリガナ) 関東太郎(カントウ タロウ)
	<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
----------	---------------------------------------------------------------	------------

〔注意事項〕裏面参照。

自己負担請求の場合は記入不要

自己負担請求の場合は申請者名義口座を記入