

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 |
| | | フリガナ氏名 | トウキョウ イチロウ 東京 一郎 |
| | | (自署又は押印) | |
| 1 関 被 す 災 災 職 事 員 項 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 | 治ゆ年月日 令和4年10月5日 |
| | 傷病名及び障害の部位 | 脊椎損傷 両下肢麻痺 | 負傷又は発病の年月日 令和2年10月1日 は傷病等級(第 級 第 号) <input checked="" type="checkbox"/> 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 と 補 装 具 を 必 要 と す る 理 由 | 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 | 100,600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 | | 個人番号 | |
| 送金希望口座等 <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 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 | 任命権者 | 基金支部 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| * 決定金額 円 | * 通知 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 | 年 月 日 | * 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]
- 1 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 「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。
 - 3 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。
 - 4 「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。
 - 5 年月日の記載には元号を用いる。

記載例36 福祉事業（奨学援護金）申請書

様式第47号

申請者は年金の受給者であること

| 福祉事業（奨学援護金）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 下記の奨学援護金の支給を申請します。 | | 申請年月日 | 令和 5 年 11 月 8 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 |
| | | フリガナ 氏名 | シンジュク ハナコ 新宿 花子 (自署又は押印) |
| 1 関申 す請 る者 に 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 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 年 月 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 遺族補償年金 | | 年金証書の番号 第 13209001-02 号 年金支給開始年月 令和 5 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 23 年 11 月 5 日生 | 平成 25 年 4 月 7 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 |
| | 学校等の所在地 | 〇〇市〇〇町4-22 | 同左 |
| * 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 | <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 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) 新宿 花子(シンジュク ハナコ) <input type="checkbox"/> その他 | | |
| * 受理 | 所属部局 | 任命権者 | 基金支部 |
| (到達した年月日) | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| * 承認 | 年 月 日 | * 通知 | 年 月 日 |
| | | * 承認金額 | 円 |

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。
- 「1 申請者に関する事項」の欄の「年金証書の番号」は、この申請書を年金たる補償の請求書と併せて提出する場合は、記入する必要はないこと。
- 「6 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はないこと。
- この申請書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この申請書の提出前にすでに支部長に提出されたものと重複するものについては、添付する必要はないこと。
 - 在学者等（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程並びに特別支援学校の小学部及び中学部の在学者を除く。）の在学又は在籍を証明する書類
 - 専修学校の在学者にあつては、修業年限を証明することができる書類、公共職業能力開発施設又は職業能力開発総合大学の在学者にあつては、訓練課程の種類及び訓練期間を証明することができる書類、公共職業能力開発施設に準ずる施設において教育訓練等を受ける者にあつては、当該教育訓練等の内容を証明することができる書類（ただし、これらの書類が（1）に掲げる書類と兼ねることができる場合は、この限りでない。）
 - 申請者と在学者等とが生計を同じくしていることを認めることのできる書類
 - 在学者等が職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していたことを認めることのできる書類
- 新たに在学者等となった者がある場合は、この申請書により申請すること。この場合、「2 在学者等に関する事項」の欄の「備考」に、その理由等を記入すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。

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 | 申請年月日 令和 5 年 4 月 3 日 |
| 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 | 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 | 治ゆ年月日 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 年間 (看護師の資格) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで | 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 年間 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 | 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

| | | | |
|------------------------|-----------|--|---|
| *13 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 | | 令和5年 1月 1日から 令和5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 | | 1,400 | |
| 在宅 | | | |
| 投薬 | 内服 | 〇〇〇錠 100mg 3T 21×28 △△△状 2T 10×28 | 10,416 |
| | 外用 | | |
| | 調剤 | | |
| | 処方 | | |
| | 麻毒 | | |
| | 調基 | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 | | |
| | 静脈内 | | |
| | その他 | | |
| 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 | |
| 診療費の合計額 | | | 11,816 円 |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 | | | |
| 令和5年 2月 1日 | | 診療機関の | 名称 関東病院 所在地 東京都〇〇区〇〇1-2-3 医師の氏名 関東 太郎 |
| | | | |
| | | | |
| | | | (自署又は押印) |