

福祉事業（リハビリテーション）申請書

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続（ 回目）
認定番号	

地方公務員災害補償基金 大阪府支部長 様 下記の福祉事業（リハビリテーション）を受けた いので申請します。		申請年月日 年 月 日 申請者の住所..... ふりがな 氏 名.....年 月 日生（ 歳）	
1 被 関 災 す 職 る 員 事 に 項	所属団体名	所属部局名（電話番号）	
	負傷又は発病 の年月日	年月日	治癒年月日 年 月 日
	傷病名及び 障害の部位	障害等級 第 級	
2 リハビリテーションを必要とする理由 別添「医師等の証明書」のとおり			
3 内 容	種 類	期 間	金 額（円）
		年月日から 年月日まで	訓練指導料 宿泊料 食料 サービス料 その他 計
		年月日から 年月日まで	
		年月日から 年月日まで	
4 申請金額		円	
5 希 望 す る 施 設		所在地 名 称	
6 旅 行 費 の 申 請		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

7 送金希望 の 場 合	<input type="checkbox"/> 振込み 振込先金融機関名 銀行 支店	<input type="checkbox"/> 普通預金 預金の種類 <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	口座番号	<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

* 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。

〔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 新たにリハビリテーションを受けようとする場合は、その実施を必要と認める旨の医師等の証明書を添付すること。
- 3 リハビリテーションに要する金額を予定できる場合は、その予定金額を記入すること。
- 4 年月日の記載には元号を用いる。