

福祉事業 ~~外科後処置~~ アフターケア 申請書

新規 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
申請年月日 令和○○年○○月○○日
申請者の住所 ○○市○○町○○丁目○○
ふりがな なにわ いちろう
氏名 浪速 一郎
[年号]○○年○○月○○日生(○○歳)
1 被災職員の事項
所属団体名 ○○市
所属部局名 (電話番号 ○○○○-○○○○)
○○部○○課
負傷又は発病の年月日 令和○○年○○月○○日
治ゆ年月日 令和○○年○○月○○日
傷病名及び障害の部位 脊髄損傷
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 ○○病院○○○○ に委任します。
委任者の氏名 浪速 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 ○○市○○町○○丁目○○
医療機関等の名称 ○○病院
氏名(代表者) ○ ○ ○ ○
4 診療費 内訳は「*13 医師の証明」欄記載のとおり 38,000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
□ 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
年間 月 日から 年間 月 日まで 日間 (看護師の資格) □有 □無
7 移送費
□ 交通費 □片道 □往復 回 円
から まで キロメートル
□ 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 月 日まで 日間 円
10 申請金額 38,000円
11 外科後処置等を受けようとする医療機関
所在地 ○○市○○町○○丁目○○
名称 ○○病院

記入漏れのないようお願いします。

自己負担分を申請する場合は、記入不要です。

12 送の金場希望
振込み
振込先金融機関名 ○○銀行 ○○支店
口座番号
 普通預金 当座預金
送金小切手 銀行 支店
その他
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。)
○○病院
(フリガナ) ○○ ○○
氏名 ○○ ○○

必ず預金口座名義を記入してください。

自己負担分を申請する場合は申請者の口座を記入してください。

Table with 4 columns: 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 □支給 □不支給
* 決定金額 円
* 支払 年 月 日

[注意事項] 別紙参照。

福祉事業（外科後処置・アフターケア）申請書

〔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 新たに外科後処置等の福祉事業を受けようとする場合は、当該福祉事業の実施を認める旨の医師等の証明書を添付すること。
- 3 「3 費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護のみを行った訪問看護事業者に費用の受領を委任しようとする場合のみ記入すること。
- 4 「6 看護料」及び「7 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 5 「8 上記以外の診療費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「4 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「*13 医師の証明」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。
- 7 「*14 薬剤師の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した薬剤師の証明書を添付してもよいこと。
- 8 「*15 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。