

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北海道支部長.....殿<br><br>下記の福祉事業（リハビリテーション）を受けた<br><br>いので申請します。 |                    | 申請年月日 年 月 日                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |                    | 申請者の住所.....<br><br>ふりがな<br>氏 名.....<br><br>年 月 日生（ 歳）        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被災職員の事項                                                                | 1 所属団体名            | 所属部局名（電話番号）                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        | 負傷又は発病<br>の 年 月 日  | 治癒年月日 年 月 日                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        | 傷病名及び<br>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）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |                    |                                                              | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">訓練指導料</th> <th style="width: 15%;">宿泊料</th> <th style="width: 15%;">食事料</th> <th style="width: 15%;">サービス料</th> <th style="width: 15%;">その他</th> <th style="width: 10%;">計</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | 訓練指導料 | 宿泊料 | 食事料 | サービス料 | その他 | 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        | 訓練指導料              | 宿泊料                                                          | 食事料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | サービス料 | その他 | 計   |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |                    |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |                    |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |                    |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 申請金額                                                                 |                    | 円                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |     |     |       |     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 希望する施設                                                               |                    | 所在地<br>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<br>振込先金融機関名<br>銀行 支店 | 預金の種類<br><input type="checkbox"/> 普通預金<br><input type="checkbox"/> 当座預金 | <input type="checkbox"/> 送金小切手<br>受取先金融機関名<br>銀行 支店 |
|           | 預金名義者名                                            | 口座番号                                                                    | <input type="checkbox"/> その他                        |

|                  |               |               |               |
|------------------|---------------|---------------|---------------|
| *受理<br>(到達した年月日) | 所属部局<br>年 月 日 | 任命権者<br>年 月 日 | 基金支部<br>年 月 日 |
|------------------|---------------|---------------|---------------|

|                                                                        |          |            |
|------------------------------------------------------------------------|----------|------------|
| * 通知 年 月 日<br><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。