様式第44号

福祉事業（補装具）申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ＊認定番号 |  |
|  | 地方公務員災害補償基金千葉県支部長　　様 □　支　給　下記の福祉事業　補装具の□　修　理　を受けた □　再支給いので申請します。 | 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） |
| 関する事項１　被災職員に | 所属団体名 | 所属部局名 |
| 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 | 傷病等級又は障害等級 | 　　　　　　第　　　　　級 |
| 決 定 日 　年　　月　　日(年金証書の番号　第　 号) |
| 　　とする理由等２　補装具を必要 | 理　由 |
| 種　別 |  |  |
| 個　数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　個 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　個 |
| 単　価 |  　　　　 円 |  円 |
| 金　額 |  円 |  円 |
| ３　装着又は修理年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| ４　補装具の費用の支給申請額 |  円 |
| ５　希望する製作修理業者 | 所在地名　称 |
| ６　採型指導 | 義肢採型指導料 | 円 | 採型指導年月日　　　年　　月　　日 |
| 採型指導を受けたい医療機関 | 所在地名　称 |
| ７　旅行費の申請 | □　有　　　□　無 |
| ８　送金希望　　の 場 合 | □　振込み振込先金融機関名　　　　　銀行　　支店 |  　□　普通預金預金の種類　　　　　　□　当座預金 | □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 | □　その他 |
| ＊　所属部局の受付　　　　　　年　　月　　日 | ＊　任命権者の受付 年　　月　　日 | ＊　基金支部の受理　　　　　　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〕

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。