|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **文書料請求書** | | | | | | | | | | | | |
| 地方公務員災害補償基金  青森県支部長殿 | | | | | | 認定番号 | | | － | | | |
| 請求年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
|  | 文書名  （　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | 請求者（被災職員又は指定医療機関） | | | | | | |
|  | 住所 | |  | | | | |
|  | に係る文書料を請求します | | | | | 氏名 | |  | | | |  |
| 請求金額　　\ | | | |  | | | | | | | | |
| 関する事項  被災職員に | 所属団体名 | | | | | 所属部局名 | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| 氏名 | | | | | 職名 | | | | | □常勤  □令第１条職員 | |
|  | | | | |  | | | | |
| 年　　月　　日生（　　）歳 | | | | | 負傷または  発病の年月日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| 送金方法 | 支払先 | | 銀行 | | 支店 | | ※受理 | | | 年　　月　　日 | | |
| 項目 | | □普通預金　□当座預金 | | | | ※決済 | | | 年　　月　　日 | | |
| 口座番号 | |  | | | | ※支払 | | | 年　　月　　日 | | |
| 振込口座 | 住所 |  | | | | ※決済金額 | | | 円 | | |
| 氏名 |  | | | |  | | |  | | |

　　※被災職員が請求する場合は、領収書を添付すること。