

様式第44号

これは、治ゆ後、法別表に定める程度の障害が存する者が、義肢、補聴器等補装具の支給を受けるためのものです。

福祉事業（補装具）申請書		認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇	
地方公務員災害補償基金		申請年月日	令和〇 年 5 月 7 日	
青森県 支部長 殿 下記の福祉事業（補装具の <input checked="" type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 再支給）を受けたいので申請します。		申請者の住所	〇〇町大字〇〇字〇〇192	
		フリガナ氏名	アオモリ イチロウ 青森 一郎	
1 関被する職事員項に	所属団体名	〇〇町	フリガナ氏名	アオモリ イチロウ 青森 一郎
	所属部局名	〇〇課	負傷又は発病の年月日	昭和〇〇年 12 月 4 日生（〇〇 歳）
	職名	主幹 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	治ゆ年月日	令和〇年 6 月 20 日
	傷病名及び障害の部位	せき髄損傷	は傷障害等級又	<input type="checkbox"/> 傷病等級（第 級 第 号） <input checked="" type="checkbox"/> 障害等級（第 1 級 第 3 号） 決定年月日 令和〇年 7 月 5 日 （年金証書の番号 第 〇〇〇 号）
2 と補装具の理由を由必要	理由	両下肢の機能全廃により歩行不可能なため。		医師の証明書を添付すること。
	種別	車いす		
	個数	1 個		個
	単価	83,000 円		円
金額	83,000 円		円	見積書を添付すること。
3 装着又は修理年月日	令和〇 年 6 月 23 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	名称 〇〇〇〇 所在地 〇〇市〇〇〇 〇〇〇			
6 採型指導	義肢採型指導料	円	採型指導を受けたい医療機関	名称 所在地
7 旅行費の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
8 送金希望口座等	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する			
	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する	金融機関名	本支店等名	口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	口座名義人	氏名（フリガナ）	
	<input type="checkbox"/> その他			
* 受理	所属部局	任命権者		
(到達した年月日)	年 月 日	年 月		
* 決定金額	円	* 通知	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	* 支払
		年 月 日		年 月 日

〔注意事項〕

- 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 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。
- 補装具に要する額を予定できる場合は、その予定額を記入すること。
- 「8 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。