|  |
| --- |
| **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。