

(表)
様式第44号

これは、治癒後、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	
地方公務員災害補償基金青森県支部長 殿		申請年月日 令和〇〇年 7 月 7 日	
下記の福祉事業 ☒ 支給 ☐ 修理 ☐ 再支給 を受けた		申請者の住所 〇〇町〇〇2-G ふりがな あおもり いちろう	
いので申請します。		氏 名 青森 一郎 昭和〇〇年 12月 4日生 (32 歳)	
1 被災する職員に項	所属団体名 〇〇町	所属部局名 水道課	
	負傷又は発病の年月日 令和〇〇年 8 月 18 日	治癒年月日 令和〇〇年 6 月 20 日	
	傷病名及び障害の部位 せき髄損傷	傷病等級又は障害等級	等級 第 1 級 決定日 令和〇〇年 7 月 5 日 (年金証書の番号 第〇〇〇号)
2 補と装具を理由等	理由 両下肢の機能全廃により歩行不可能なため。		
	種別 車いす		
	個数 1 個	個	
	単価 83,000 円	見積書を添付すること。	
	金額 83,000 円	円	
3 装着又は修理年月日	令和〇〇年 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	所在地 〇〇市〇〇〇 〇〇〇 名称 〇〇〇〇		
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 申請者の銀行口座について記入してください。	
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 〇〇 銀行 〇〇支店	預金の種類 ☒ 普通預金 ☐ 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 青森一郎	口座番号 012345	☐ その他
* 受理 (到達した年月日)	所属部局	任命権者	基金支部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
* 通知 年 月 日 ☐ 支給 ☐ 不支給	* 決定金額 円	* 支払 年 月 日	

医師の証明書を添付すること。

〔注意事項〕裏面参照。

(裏)

〔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。