

その他の場合は文書名を記入すること。

文 書 料 請 求 書

地方公務員災害補償基金		認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇		
青森県支部長殿		請求年月日	令和〇〇年 8 月 8 日		
<input checked="" type="checkbox"/> 治ゆ報告書 <input type="checkbox"/> その他 () に係る文書料を請求します	請求者 (被災職員又は指定医療機関) 住所 〇〇町〇〇二丁目 39-4 氏名 〇〇整形外科病院 〇〇 〇〇		印		
請求金額 ￥ 3,000-					
被災する職員事項	所属団体名 〇〇町	所属部局名 総務課庶務係			
	氏名 青森 甲夫	職名 主事	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤		
	昭和〇〇年 12 月 5 日生 (28) 歳	負傷または発病の年月日	令和〇〇年 4 月 10 日		
送金方法	支払先	〇〇 銀行 〇〇 支店	※受理	令和 年 月 日	
	項目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※決済	令和 年 月 日	
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	※支払	令和 年 月 日	
	振込口座	住所	〇〇町〇〇二丁目 39-4	※決済金額	円
		氏名	〇〇 〇〇		

※被災職員が請求する場合は、領収書を添付すること。