

様式第46号 (第4次改正・追加、第5次改正・一部、第10次改正・一部、第18次改正・一部)

福祉事業（在宅介護を行う介護人の派遣）申請書

		認定 番号	
地方公務員災害補償基金.....支部長 殿 下記の福祉事業（在宅介護を行う介護人の派遣） を受けたいので申請します。		申請年月日	年 月 日
		申請者の住所
		ふりがな
		氏 名 [㊟]
			年 月 日生（ 歳）
1 被災職員に 関する 事項	所属団体名	所属部局名	
	傷病名	負傷又は発病の年月日	
	申請者の受けている年金の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金（第 級） <input type="checkbox"/> 障害補償年金（第 級）	年金証書の番号	
	居宅において介護を開始した年月日	第 号	
2	派遣開始希望年月日又は最初に供与を受けた年月日	平成	年 月 日
3 費用の 支給申 請	供与を受けた日時	平成 年 月 日 時 分～ 時 分（ <input type="checkbox"/> 3時間、 <input type="checkbox"/> 6時間、 <input type="checkbox"/> 9時間）	
		平成 年 月 日 時 分～ 時 分（ <input type="checkbox"/> 3時間、 <input type="checkbox"/> 6時間、 <input type="checkbox"/> 9時間）	
		平成 年 月 日 時 分～ 時 分（ <input type="checkbox"/> 3時間、 <input type="checkbox"/> 6時間、 <input type="checkbox"/> 9時間）	
	費用総額（A）	円	
	うち自己負担額（貸金相当額の10分の3に相当する額）（B）	円	
	申請金額（A - B）	円	

4 送金希望 の場合	振 込 み	振 込 先 金融機関名	銀行	支店	* 所属部局の受付 平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			* 任命権者の受付 平成 年 月 日
		口 座 番 号			* 基金支部の受理 平成 年 月 日
		預金名義者			平成 年 月 日 * 通 知 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給
	送金小切手	受 取 先 金融機関名	銀行	支店	* 決定金額 円
そ の 他				* 支 払 平成 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。
- 「3 費用の支給申請」の欄は、介護人の派遣に必要な費用の支給を受けようとする場合にのみ記入すること。なお、当該欄が不足する場合には別葉にしても差し支えないこと。
- 介護人の派遣に必要な費用の支給を申請する場合には、申請金額に係る領収書及び明細書を添付すること。
- 「申請者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。