

様式第46号

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 大阪府支部長 様 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	年	月	日	
2	派遣開始希望年月日又は最初に供与を受けた年月日	年	月	日	
3 費用 の 支 給 申 請	供与を受けた日時	年	月	日	時 分 ~ 時 分
		年	月	日	時 分 ~ 時 分
		年	月	日	時 分 ~ 時 分
	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 ※公金受取口座利用もしくは任意口座指定にチェック	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する			
	個人番号			
			
<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する	振込先金融機関名	預金の種類	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	<input type="checkbox"/> 送金小切手
	銀行 支店			受取先金融機関名
				銀行 支店
	預金名義者名	口座番号	<input type="checkbox"/> 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	* 決定金額	円	* 支払	年 月 日
<input type="checkbox"/> 支給	<input type="checkbox"/> 不支給				

[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紙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。
- 年月日の記載には元号を用いる。