**様式第41号の18**（第40条関係）

地方公務員（非常勤）災害補償

リハビリテーション申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 岡山県市町村総合事務組合管理者　様　　　　　　　　　　ふ　り　が　な下記のリハビリテーション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　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 年　　月　　日生（　　歳） |
| 1 | （組合市町村名） | （職　名） |
| 等に関する事項被災非常勤の職員 |
| （負傷又は発病の年月日）　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | （治ゆ年月日）　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| （傷病名及び障害の部位） | （障害等級）　　　　　　　　　　第　　　　　　　　　級 |
| 2　リハビリテーションを必要とする理由　別添「医師等の証明書」のとおり |
| 3 | 種　類 | 期　　　間 | 金　　　　　　額（円） |
| 訓練指導料 | 宿泊料 | 食事料 | サービス料 | その他 | 計 |
| 内　　　容 |  | 年 月 日から年 月 日まで | 　　　　 | 　　　　 | 　　　　 | 　　　　 | 　　　　 | 　　　　　 |
|  | 年 月 日から年 月 日まで |  |  |  |  |  |  |
|  | 年 月 日から年 月 日まで |  |  |  |  |  |  |
| 4　申請金額 | 円 |
| 5　希望する施設名 | 所在地名　称 |
| 6　旅行費の申請 | □　有　　　□　無 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 | 振 込 先 | 　　　　　　　　　支店銀行 組合農協 金庫 |  | ※受　　理 | 年 　 月 　日 |
| 送金希望の場合 | 預金種目 | □普通預金　□当座預金 |  | ※決　　定 | 年　 月 　日 |
| 口座番号 |  |  | ※支　　払 | 年　 月 　日 |
|  |  |  | ※決定金額 | 円 |
|  |  |

〔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印を記入すること。

　2　新たにリハビリテーションを受けようとする場合は，その実施を必要と認める旨の医師等の証明書を添付すること。

　3　リハビリテーション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。