様式第17号（第19条関係）

被災職員との続柄

福祉事業申請書

|  |  |
| --- | --- |
| （実施機関の職氏名） | 申請年月日　　　　　年　　月　　日 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　下記の福祉事業を受けたいので申請します。 | 申請者の住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| １　（所属部局） |  |
| ２　（被災職員氏名）　　　　年　　月　　日生 | ３　（職種） |
| ４　負傷又は発病年月日 | 　　　　年　　月　　日 | ５　治ゆ又は死亡年月日 | 　年　　月　　日 |
| ６　（傷病名） | ７　（障害等級）第　　級　　号 |
| ８　福祉事業の種類 | □補装具（□支給□再支給□修理）□外科後処置□休養□リハビリテーション□その他 |
| ９　内容及び理由内容及び理由 | 理由 |
| 10　希望する期間 | 　　　年　　　月　　　日から日間　　　年　　　月　　　日まで |
| 11　希望する施設及びその所在地 |  |
| 12　添付する書類及び資料名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※受理 | 　　年　　月　　日　 | ※通知 | 　　　　年　　月　　日　 |
| ※決定 | 　　年　　月　　日　 | ※決定内容 | □承認　□不承認 |

（注意事項）

１　申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□に***レ***印を記入すること。

２　「５治ゆ又は死亡年月日」の欄及び「７障害等級」の欄にはまだ治ゆしていないときには記入しないこと。

３　「９内容及び理由」の欄には、当該福祉事業に要する金額を予定できる場合にその予定額も記入すること。

４　「10希望する期間」の欄には、休養又はリハビリテーションを受けようとする場合に記入すること。

５　外科後処置又はリハビリテーションを申請する場合には、その実施を必要と認める旨の医師の証明書を添付すること。