様式第19号の2（第26条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害発生年度 | 年度 | | | 職名 | |  | | 福祉事業記録簿 | | | | | | |
| 申請者の氏名等 | | 年　　月　　日生 | | | 被災職員との続柄 | | □　本人  □　遺族 | | 治ゆ年月日 | | 年　　月　　日 | | 障害補償□　該当　　□非該当  （第　　　　　　級） | |
| 申請者の住所 | |  | | | | | | | 申請者が遺族の場合被災職員の死亡年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 種類 | | | 実施内容 | | | | | | | 支払金額 | | 支払年月日 | | 備考 |
| 外科後処置 | | |  | | | | | | | 円 | | 年月日  ・　　　・ | |  |
| 補装具 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| リハビリテーション | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| アフターケア | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 休業援護金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 在宅介護を行う介護人の派遣 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 奨学援護金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 就労保育援護金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 傷病特別支給金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 障害特別支給金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 遺族特別支給金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 障害特別援護金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 遺族特別援護金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 傷病特別給付金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 障害特別給付金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 遺族特別給付金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 障害差額特別給付金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 長期家族介護者援護金 | | |  | | | | | | |  | | ・　　　・ | |  |
| 振込先金融機関名 | | | 銀行　　　　　支店 | | | | |  | | | | | | |
| 口座番号 | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払年月日 | 種類 | 支払金額 | 備考 | 支払年月日 | 種類 | 支払金額 | 備考 |
| 年　　月　　日  ・　　　・ |  | 円 |  | 年　　月　　日  ・　　　・ |  | 円 |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | ・　　　・ |  |  |  |
| ・　　　・ |  |  |  | 累計 |  |  |  |