

第18号様式(第18条第1項)

福祉事業申請書

(実施機関の職氏名)		申請年月日 年 月 日
次の福祉事業を必要とするので申請します。		申請者の住所 氏 名 被災職員との続柄 印
(所属部局) 1		
2 (被災職員氏名) 年 月 日生(歳)	(職種) 3	
4 (負傷又は発病 年月日) 年 月 日	5 (治癒又は死亡 年月日) 年 月 日	
(傷病名) 6		(障害の等級) 7 第 級 号
8 福祉事業の種類		
9 福祉事業を必要とする理由及び内容	(予定金額) 円	
10 希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
11 希望する施設及びその所在地		
12 添付する書類その他の資料名		

送金希望の場合 1 3	振込先 金融機関名	銀行 支店
	預金科目	普通預金 当座預金
	口座番号	
	口名義 座人	住所
	氏名	

受理	年 月 日
通知	年 月 日
決定内容	承認 不承認
支払	年 月 日
決定金額	円

(注意)

- 1 この様式は、外科後処置、補装具、リハビリテーション、休養、アフターケア、在宅介護を行う介護人の派遣、介護用機器、在宅介護の住宅、奨学援護金、就労保育援護金、長期家族介護者援護金又は身体障害者用自動車のいずれかの福祉事業を申請する場合に使用します。ただし、補装具の支給、修理若しくは再支給若しくはリハビリテーションを受け、又は休養するために旅行する場合の旅行費を申請する場合には、第19号様式を使用します。
- 2 申請者は、印の欄には記入しないでください。また、該当するにレ印を記入してください。
- 3 当該福祉事業に要する金額を予定できる場合は、その予定金額も記入してください。
- 4 「10 希望する期間」の欄には、リハビリテーション又は休養を受けようとする場合のみ記入してください。
- 5 外科後処置、リハビリテーション又はアフターケアを申請する場合には、その実施を必要と認める旨の医師、歯科医師等の証明書を添付してください。
- 6 署名することにより、氏名の記入及び押印に代えることができます。

(A4)