別記基金様式第1号

□消防団員 □水防団員

福祉事業承認申請書

申請年月日	年　月　日

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長　殿 下記のとおり福祉事業を受けたいので申請します。	申請者の住所 〒 ふりがな 氏名

損害補償を行う市町村又は組合名	都道府県　市町村組合	事故発生日	年　月　日
		治ゆした日	年　月　日
		傷病等級	第　級　号
		障害等級	第　級　号
		年金支払決定番号	ビシ ―― ――

傷病名、障害の部位	
福祉事業の種類	□外科後処置　□補装具(□支給□修理□再支給)　□リハビリテーション　□アフターケア □在宅介護を行う介護人の派遣　□旅行費
福祉事業を必要とする理由及びその内容	
希望する期間	年　月　日から 日間（　週間　時間） 年　月　日まで
希望する施設名及び所在地	

送金先	振込み	振込先金融機関名	銀行・信金・信組 農協・漁協	本店 支店	
		□普通預金　□当座預金	口座番号		
		預金名義者（ふりがな）			
	その他				

※受理	年　月　日	※	□承認決定 □不承認決定	年　月　日	※通知	年　月　日

〔注意事項〕

1　休業援護金、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及び長期家族介護者援護金については、この申請書を提出することを要しないこと。

2　※印の欄は、記入しないこと。また、該当する「□」には、レ印を記入すること。

3　「年金支払決定番号」の欄には、基金が決定した年金支払決定番号を記入すること。

4　「福祉事業を必要とする理由及びその内容」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はその予定額も記入すること。

5　「希望する期間」の欄には、リハビリテーション又は在宅介護を行う介護人の派遣を受けようとする場合に記入すること。

6　在宅介護を行う介護人の派遣を受けようとする場合には、費用の一部を自己負担するものであること。

7　この申請書に添付する書類

(1) 外科後処置、補装具、リハビリテーションを申請する場合は、その実施を必要と認める医師の意見書。ただし、き損した補装具の修理を申請する場合又は補装具を滅失したため滅失前と同程度以下の補装具の再支給を申請する場合は、写真その他のき損又は滅失を容易に確認できる書類に代えることができる。

(2) 次に掲げる者がアフターケアを申請する場合は、その実施を特に必要とする旨の医師の意見書

ア　脳血管疾患又は有機溶剤中毒等（一酸化炭素中毒を除く。）に由来する脳の器質性障害を有する者で総務省令別表第二に定める第10級以下の障害等級に該当する程度の障害が存する者

イ　せき髄を損傷した者で総務省令別表第二に定める第4級以下の障害等級に該当する程度の障害が存する者

ウ　白内障等の眼疾病を有する者で総務省令別表第二に定める程度の障害が存する者以外の者

エ　慢性の化膿性骨髄炎となった者で総務省令別表第二に定める程度の障害が存する者以外の者

オ　大腿骨頸部を骨折し、又は股関節を脱臼し、若しくは脱臼骨折した者で総務省令別表第二に定める程度の障害が存する者以外の者

カ　心・血管疾患にり患した者又はペースメーカ若しくは除細動器を植え込んだ者で総務省令別表第二に定める第10級以下の障害等級に該当する程度の障害が存する者

キ　熱傷の傷病者で総務省令別表第二に定める第14級の障害等級に該当する程度の障害が存する者

ク　精神疾患等にり患した者

(3) 福祉事業の申請者が当該福祉事業の受領を市町村長等の職にある者に委任をする場合は、その委任状