別記基金様式第8号

リハビリテーション費請求書

□ 消防団員 □ 水防団員	

承認番号	リハ－　　－
請求年月日	年　月　日
請求回数	第　　回

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿

下記のとおりリハビリテーション費を請求します。

請求者の住所

ふりがな

氏名

障害補償を行う市町村又は組合名	都　市 道　町 府　村 県　組合	事故発生日	年　月　日
		治ゆした日	年　月　日
		障害等級	第　級　号
		年金支払決定番号	シ－　　－

傷病名、障害の部位	

リハビリテーション施設の証明

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
	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						
合計							円

この欄の記載事項は事実と相違ないことを証明します。

年　月　日

施設の所在地

名称

職・氏名

請求額	円
旅行費の請求	□ 有　　□ 無

※ 支給額	円	※ 受理	年　月　日
		※ 送金	年　月　日

［注意事項］

1　※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。

2　「承認番号」の欄には、リハビリテーション費について基金が送付した福祉事業決定通知書の承認番号を記入すること。

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。