

福祉事業（休業援護金）申請書

長野県市町村総合事務組合管理者様 下記の休業援護金の支給を申請します。		申請年月日 年 月 日 申請者の住所 _____ 氏名 _____
1 (構成市町村名)		
2 (氏名) 年 月 日生		3 (職種) 4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日
5 (請求日数) 年 月 日から のうち 年 月 日まで		全部休業日数 日 一部休業日数 日
6 (一部休業した日に得ることができた報酬その他の収入の額) (1) 報酬の総額 円 (2) その他の収入の総額 円		
※ 7 構成市 町村長 の証明	5及び6の(1)については、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 構成市町村の所在 名稱 長の氏名	
8 休 業 援 護 金	全部休業日 数のみの場合	(補償基礎額) (請求日数) 円 × × $\frac{80}{100}$ - (円 + 円) = 円 (全部休業した日に支払われた報酬その他の収入の額) の休業補償額
	一部休業日 数のみの場合	円 × $\frac{20}{60}$ = 円 (休業補償額)
	休業援護金 申請金額	円
※ 9 医 師 の 証 明	(傷病名) (現在の状態) 年 月 日 □治ゆ □死亡 □中止 □継続中 □転医	
	(請求日数のうち療養のため勤務することができなかつたと認められる日数) 年 月 日から 年 月 日まで	
	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 医療機関の所在 名稱 医師氏名	
10 添付する書類その他の資料名		

11 送 金 希 望 の 場 合	振込先	
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	振込番号	
	住所	
	氏名	

※ 受理	年 月 日
※ 決定	年 月 日
※ 支払	年 月 日
※ 決定金額	円