

# 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<br>.....<br>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                                                                                                                                                              | 印 |
| 1 (構成市町村名)                                       |                                                                          |                                                                                                                                                                  |   |
| 2 (氏 名)                                          |                                                                          | 3 (職 種)                                                                                                                                                          |   |
| 年 月 日生                                           |                                                                          | 4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日                                                                                                                                              |   |
| 5 (請求日数)                                         |                                                                          | 全部休業日数 日                                                                                                                                                         |   |
| 年 月 日から 年 月 日まで                                  |                                                                          | のうち 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。<br>年 月 日<br>構成市町村の { 所在地<br>名 称<br>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) (全部休業した日に支払われた報酬その他の収入総額) (同左の日数の休業補償額)<br>円 × $\frac{80}{100}$ - ( 円 + 円 ) = 円                                                                   |   |
|                                                  | 一部休業日数のみの場合                                                              | (休業補償額)<br>円 × $\frac{20}{60}$ = 円                                                                                                                               |   |
|                                                  | 休業援護金申請金額                                                                | 円                                                                                                                                                                |   |
| ※ 9 医師の証明                                        | (傷病名)                                                                    | (現在の状態)<br>年 月 日<br><input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 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ったと認められる日数)<br>年 月 日から 年 月 日まで                   | (勤務することができなかったと認められる理由)                                                                                                                                          |   |
|                                                  | 上記のとおりであることを証明します。<br>年 月 日<br>医療機関の { 所在地<br>名 称<br>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 |
|            | 振込口座     |                                                             |
|            | 番号       |                                                             |
|            | 住所<br>氏名 |                                                             |

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