

# 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)		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。 年 月 日 構成市町村の { 所在地 名 称 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) 円 × $\frac{80}{100}$ × ( 円 + 円 ) = 円	
	一部休業日数のみの場合	(休業補償額) 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) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <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) 年 月 日から 日 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。 年 月 日 医療機関の { 所在地 名 称 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	八十二銀行 支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	振込番号	
	振込口座住所	
	振込口座氏名	

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 支 払	年 月 日
※ 決定金額	円