様式第３号

補装具費助成金請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円 |
| 組合員等記号・番号 |  | 組合員名　前 |  |
| 補装具等受給者名前 | 組合員との続柄（　　　） |
| 補装具名修理部位置 |  |
| 費用負担区分 | 公費負担額 | 円 |
| 自己負担額 | 円 |
| 　上記のとおり請求します。　　　広島県市町村職員共済組合理事長　様　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　請求者　組合員名前　　　　　　　　　　　　　 |
| 　上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。　　　広島県市町村職員共済組合理事長　様　　　　　　　　　　年　　　月　　　日所 属 所 長　　　職　名名　前　　　　　　　　　　　　　 |

1. 補装具交付・修理決定通知書、医師の診断書及び領収書を添付すること。
2. 任意継続組合員の場合は、所属所長の証明は要しないこと。

（この申込書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。）