

|      |  |  |
|------|--|--|
| 所属長印 |  |  |
|      |  |  |

### 入院療養補助金請求書

| 請求金額   |          |      |   |   |   |   |      |   |            | 円 |
|--|----------|------|---|---|---|---|------|---|------------|---|
| 区分   | 新規<br>継続 | 入院期間 | 自 | 年 | 月 | 日 | 日数   | 日 | 新規の場合14日引く |   |
| 入院病院名  |          |      |   |   |   |   | 疾傷病名 |   |            |   |
| <p>上記のとおり入院療養しましたので別紙証明書（入院療養期間を証明する書類）を添え<br/>請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>施設名</p> <p>職員番号</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>大阪府社会福祉事業団 職員互助会会長 様</p> |          |      |   |   |   |   |      |   |            |   |

### 入院療養補助金支給決定通知書

| 支給額  |          |       |   |        |    |    |     |  |     | 円 |
|--|----------|-------|---|--------|----|----|-----|--|-----|---|
| 区分   | 新規<br>継続 | 即支給日数 | 日 | 計<br>算 | 単価 | 日数 | × = |  | 支給額 |   |
| <p>上記の金額を審査のうえ支給する。</p> <p>年 月 日</p> <p>摘 要</p> <p style="text-align: right;">大阪府社会福祉事業団<br/>職員互助会 会長</p> <p>請 求 者 様</p> |          |       |   |        |    |    |     |  |     |   |

|     |     |  |     |     |       |       |
|-----|-----|--|-----|-----|-------|-------|
| 副会長 | 審 査 |  | 担当者 | 担当者 | 受付年月日 | 支払年月日 |
|     |     |  |     |     |       |       |