リワークプログラムに係る診断書補助金申請書

<table>
<tr><td>組合員氏名</td><td></td><td>組合員番号</td><td></td></tr>
<tr><td>所 属 所 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>年　　度</td><td colspan="3">令和　　年度</td></tr>
<tr><td>医 療 機 関 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>診 断 書 作 成 料</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>補 助 金 請 求 額</td><td colspan="3">円
（診断書作成料のうち、5，000円を上限とする）</td></tr>
<tr><td>送　　金　　先</td><td colspan="3">給付･貸付金振込申出口座</td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり請求します。
公立学校共済組岡山支部長　殿
令和　　年　　月　　日

請求者　住所
氏名</td><td>共済組合受付印</td></tr>
</table>

1 対　象　者　　共済組合員本人
2 補 助 の 額　　診断書作成料のうち5，000円を上限に補助
3 添 付 書 類　　下記の①～④まで全て記載された領収書の原本（コピー、レシートは不可）
①受診を受けた方の氏名（フルネーム）
②「リワークプログラムに係る診断書作成料」と明記
③診断書作成料
④医療機関名･印
4 請 求 期 限　　当該年度の2月末【必着】