

## 障害給付申請書

年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

〒□□□□-□□□□

住 所

氏 名

Ⓔ

(Tel. — — )

障害給付を受けたいので、一般財団法人地方競馬共済会給付規程第10条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

### 記

フリガナ				性 別	男 女	生年月日	年 月 日
氏 名							
会員証番号		職 種		入 会 年 月 日			年 月 日
所 属				調 教 師 名			
傷病の内容	傷病の発生年月日		傷病の発生場所		傷病の治癒等の状況		
	年 月 日				年 月 日 治癒・治療中		
入院の有無	有・無	病院名	①		②		
手術の有無	有・無	手術月日	年 月 日	手術名			
給 付 金 振 込 先	金融機関名	口座番号		口 座 名 義 人			
				フリガナ			
	支店			氏 名			

(添付書類)

1. この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
2. 医師が作成した診断書（指定する「診断書用紙」を使用すること。）
3. 業務中の事故による傷病である旨を証する主催者の証明書
4. その他共済会が必要と認めた書類