

特別障害給付申請書

年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

〒 ー
住 所
氏 名

㊟

特別障害給付を受けたいので、一般財団法人地方競馬共済会特別給付規程第8条の規定に基づき申請します。

フリガナ		性 別	男 女	生年 月 日	年 月 日
氏 名					
会 員 証 番 号		受給資格取得 年 月 日			年 月 日
所 属	競馬場	調教師名			
負 傷 又 は 疾 病	負傷又は疾病の発生年月日			治 癒 年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	
	傷 病 名				
給 付 金 振 込 先	金融機関名	口座番号	名 義 人		
			フリガナ		
	支店		氏 名		

(添付書類)

- この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
- 競走中における負傷又は疾病の原因となった事故の発生年月日及び発生状況に関する主催者の証明書
- 治癒年月日、傷病名及び障害の程度については、病院の医師の診断書（指定する「後遺障害診断書」を使用）