

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

〒 □□□-□□□□

住 所

氏 名

Ⓜ

下記により特別障害給付を受けたいので、特別給付規定第8条の規定に基づき申請します。

記

フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
会員証 番 号		給付資格取得 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	
	病 名				
給 付 金 振 込 先	金融機関名		口座番号		口座名義人
			No.		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を添付のこと。
- 競走中等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を添付のこと。
- 治癒年月日、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）を添付のこと。