補 装 具 費 助 成 金 請 求 書

請 求 金 額	円	
組 合 員 証 記 号 番 号	－	組合員氏名
補 装 具 等 受 給 者 氏 名	組合員との続柄（　　）	
補 装 具 名 修 理 部 位 置		
費用負担区分	公費負担額	円
	自己負担額	円

上記のとおり請求します。

鳥取県市町村職員共済組合理事長　　様

平成　　年　　月　　日

住　所

請 求 者

氏　名　　㊞

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成　　年　　月　　日

職　名

所属所長

氏　名　　印

決裁	平成　年　月　日	課　長	合　　議	主　査

※ 短期給付の対象となる補装具（コルセット等）は、この助成の対象となりません。