

## 障 害 給 付 申 請 書

令和 年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

一般財団法人地方競馬共済会給付規程および特別給付規程に基づき下記のとおり申請します。

〒

住所

氏名

(TEL

※該当する数字、または該当事項に○印をつけてください。

申請内容	1. 障害 2. 特別障害
------	---------------

事故日	令和 年 月 日	傷病名	
症状固定日	令和 年 月 日		

会員番号	入会年月日	昭・平・令 年 月 日	
	特別給付受給資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	
フリガナ	男・女	生年	西暦・昭・平
会員氏名		月日	年 月 日
所 属	競馬場	調教師名	
職 種	1. 調教師 2. 調教師補佐 3. 騎手 4. 厩務員		

給付金 振込先	金融機関名	支店名	口座番号	名義人(カタカナで記入)
		支店		

(添付書類)

- この申請書に使用した印鑑の印鑑登録証明書
- 医師の診断書（様式第 10 号「後遺障害診断書」を使用すること。）
- 傷害を被った事故の発生状況に関する現認書及び現認書に対する主催者の証明書
- その他共済会が必要と認める書類