

- 医療機関で証明を受け、領収書を添付して提出してください。
○ タクシーの利用は、医師の判断により療養上やむを得ないと認められる場合にのみ補償対象となります。

地方公務員災害補償
タクシー等の利用の必要性に関する証明書

被災職員	氏名	〇〇〇〇	認定番号	〇〇-100000
	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地		
認定傷病名	右脛骨遠位端骨折，左脛骨遠位端骨折			
タクシーによる移送を必要とする理由（医学療養上の必要性を分かりやすく）	両足を骨折し，歩行が困難であり，公共交通機関の利用が困難であるため			
受診期間（タクシー必要期間）	次の期間については、療養上タクシー等の利用が必要であることを認めます。 令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日から の通院7日間のうち の通院3日間 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで			

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地

医療機関 名称 〇〇病院

担当医師 〇 〇 〇 〇

(※ 自署又は記名押印)