

- 領収書（原本）を添付して提出してください。
○ タクシーの利用は、医師の判断等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申立書

被災職員	氏 名	〇〇〇〇	認定番号	〇〇—1 0 0 0 0 0
	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（公共交通機関等による移動が困難である理由を詳細に）		わかりやすく		
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）		令和〇〇年〇〇月〇〇日から の通院 7 日間のうち 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで		
		令和〇〇年〇〇月〇〇日から の通院 3 日間 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申し立てます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被災職員 所 属 ○○市▲▲課

氏 名 ○ ○ ○ ○