

障害の現状報告書（傷病補償年金）

		認定 番号	〇〇 - 〇〇〇		
地方公務員災害補償基金 広島県 支部長 様 障害の現状について下記のとおり報告します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 報告者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 ----- ふりがな ひろしま たろう 氏 名 広島 太郎					
1	年金証書の番号	第	〇〇〇〇	号	
2	傷病補償年金の支給開始年月	令和	〇	年	〇
3	傷病等級	第	1	級	
4	障害の状況 重度の神経系統の機能又は精神の障害のため、常に介護を要している。				
5	日常生活の概要 寝たきりの状態で、食事、用便等の日常生活の全部について世話を受けている。				
6	他方年金の受給関係 支給なし				
	年金の種類	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月	所轄年金事務所等
* <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責)					

〔注意事項〕

- この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。
- 報告者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 「4 障害の状況」の欄には、最近1年間について記入すること。
- 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入すること。また、この間に、所属団体を退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。
- 「年金の種類」の欄には、受給権者が傷病補償年金と同一の事由により受給する令附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付の名称を記入すること。

* 7 医師の証明

(1) 傷病の種類 (傷病名・傷病の部位等)

**頭部外傷
脳挫傷**

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

**受傷以後寝たきりの入院を続けている。
投薬療法を行っている。**

(3) 傷病及び障害の現状

寝たきり状態であり、常時介護が必要である。

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入してください。

(日常生活の状態)

- | | | |
|--------|---|----|
| ① 行動能力 | <input type="checkbox"/> 終日臥床
<input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる
<input type="checkbox"/> 通院 (単独歩行) できる | 理由 |
| ② 食事 | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない
<input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる
<input type="checkbox"/> 支障がない | 理由 |
| ③ 用便 | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない
<input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる
<input type="checkbox"/> 支障がない | 理由 |
| ④ 精神能力 | <input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する
<input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する
<input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない | 理由 |
| ⑤ 言語能力 | <input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失
<input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じあうことができる
<input type="checkbox"/> 支障がない | 理由 |

(4) 傷病及び障害の今後の見込み

今後長期間の治療を要するが、回復の程度は少ないものと見込まれる。

(報告者の氏名)

----- **広 島 太 郎** ----- については上記のとおりであると認めます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関の { 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地
 { 名称 〇〇病院
 { 医師の氏名 福山二郎

(※ 自署又は記名押印)