

補償の請求書等の様式に関する規程の一部を改正する規程

(令和四年九月二十九日地基規程第五号)

補償の請求書等の様式に関する規程(平成六年地基規程第一号)の一部を次のように改正する。

別表中

規程第三十一条の九の申請書

傷病特別支給金  
傷病特別給付金  
申請書

別紙様式第四十九号

A列4

を

規程第三十一条の九の申請書

傷病特別支給金申請書  
傷病特別給付金申請書

別紙様式第四十九号

A列4

に改める。

別紙様式第六号から別紙様式第十二号まで、別紙様式第十三号の二から別紙様式第十九号まで、別紙様式第二十三号から別紙様式第二十六号まで及び別紙様式第四十二号から別紙様式第五十号までを次のように改める。

### 附 則

この規程は、令和四年十月一日から施行する。

療養補償請求書

|   |   |  |   |       |
|---|---|--|---|-------|
|   |   | 認定番号   |   |       |
|   |   | 請求回数   | 第 回 ( 年 月分)   |       |
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>.....<br>下記の療養補償を請求します。 |   | 請求年月日  | 年   | 月 日   |
|   |   | 請求者の住所   |   |       |
|   |   | フリガナ<br>氏 名  |   |       |
| 1   | この請求書による療養補償の費用の受領を ..... に委任します。                       |  |   |       |
|   | 委任者の氏名  |  |   |       |
| 受<br>補<br>償<br>委<br>任<br>の<br>費<br>用            | 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。                      |  |   |       |
|   | 受任者の  | 医療機関等の名称   | .....   |       |
|   |   | 所在地  | .....   |       |
|   |   | 氏名(代表者名)   | .....   |       |
| 2   | 所属団体名   | フリガナ   |   |       |
|   | 所属部局名<br>(電話番号 )  | 氏 名  |   |       |
|   | 職 名   | <input type="checkbox"/> 常 勤                             | 負傷又は発病の年月日  |       |
|   |   | <input type="checkbox"/> 令第1条職員                          | 年 月 日   |       |
| 3   | 診 療 費   | 内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり                                  |   | 円     |
| 4   | 調 剤 費   | 内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり                                  |   | 円     |
| 5   | 看 護 料   | <input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり |   | 円     |
|   |   | 年 月 日から 日間   | 看護師の資格<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 円     |
| 6   | 移 送 費   | <input type="checkbox"/> 交通費                             | <input type="checkbox"/> 片道                                     | 円     |
|   |   | から まで km <input type="checkbox"/> 往復                     | 回   |       |
|   | <input type="checkbox"/> その他の移送費                        |  |   |       |
| 7   | 上記以外の療養費<br>(3~6以外)                                     | 円  | 8 療養補償請求金額<br>(3~7の合計額)   | 円     |
| 9   | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する                    |  |   |       |
|   | 個人番号  | .....  |   |       |
|   | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する                     |  |   |       |
|   | 金融機関名   | 本支店等名  |   |       |
| 口座種別  | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号   |   |       |
| 口座名義人   | 法人機関又は役職の名称(フリガナ)<br>.....<br>氏名(フリガナ)                  |  |   |       |
|   | <input type="checkbox"/> その他                            |  |   |       |
| * 受 理   | 所 属 部 局   | 任 命 権 者  | 基 金 支 部   |       |
| (到達した年月日)                                       | 年 月 日   | 年 月 日  | 年 月 日   |       |
| * 決 定 金 額                                       | 円   | * 通 知  | 年 月 日   | * 支 払 |
|   |   |  | 年 月 日   |       |

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*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。
- 2 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 4 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 5 「7 上記以外の療養費(3~6以外)」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 7 「\*10 診療費請求明細」、「\*11 調剤費請求明細」又は「\*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 8 「診療報酬点数により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細(例えば診断書料、入院室料差額等)を記入すること。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

| *10 診療費請求明細  |              |          |             | (職員氏名)      |             |             |             |           |
|--|--------------|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| 傷病名  | ア<br>イ<br>ウ  | 診療開始日    | ア<br>イ<br>ウ | 年<br>年<br>年 | 月<br>月<br>月 | 日<br>日<br>日 | 日<br>日<br>日 |           |
| 初診   | 時間外・休日・深夜    | 回        | 点           | 診療期間        | 年<br>年      | 月<br>月      | 日から<br>日まで  | 診療日数<br>日 |
| 再診   | 再診           | ×        | 回           | 傷病の経過       |             |             |             |           |
|  | 外来診療料        | ×        | 回           |             |             |             |             |           |
|  | 継続管理加算       | ×        | 回           |             |             |             |             |           |
|  | 外来管理加算       | ×        | 回           |             |             |             |             |           |
|  | 時間外          | ×        | 回           |             |             |             |             |           |
|  | 休日           | ×        | 回           |             |             |             |             |           |
| 深夜   | ×            | 回        |             |             |             |             |             |           |
| 指導   |              |          |             | 転帰          | 年 月 日       |             |             |           |
| 在宅   | 往診           |          | 回           | 治ゆ          | 継続          | 転医          | 中止          | 死亡        |
|  | 夜間           |          | 回           | 摘要          |             |             |             |           |
|  | 深夜・緊急        |          | 回           |             |             |             |             |           |
|  | 在宅患者訪問診察     |          | 回           |             |             |             |             |           |
| その他  |              | 回        |             |             |             |             |             |           |
| 薬剤   |              | 回        |             |             |             |             |             |           |
| 投薬   | 内服           | 薬調剤      | ×           | 単位          |             |             |             |           |
|  | 屯服           |          | ×           | 単位          |             |             |             |           |
|  | 外用           | 薬調剤      | ×           | 単位          |             |             |             |           |
|  |              |          | ×           | 単位          |             |             |             |           |
|  | 処方           |          | ×           | 回           |             |             |             |           |
| 麻毒調基   |              |          | 回           |             |             |             |             |           |
| 注射   | 皮下筋肉内        |          | 回           |             |             |             |             |           |
|  | 静脈内          |          | 回           |             |             |             |             |           |
|  | その他          |          | 回           |             |             |             |             |           |
| 処置   | 薬剤           |          | 回           |             |             |             |             |           |
| 手術・麻酔  | 薬剤           |          | 回           |             |             |             |             |           |
| 検査   | 薬剤           |          | 回           |             |             |             |             |           |
| 画像診断   | 薬剤           |          | 回           |             |             |             |             |           |
| その他  |              |          |             |             |             |             |             |           |
| 入院   | 入院年月日        | 年        | 月           | 日           |             |             |             |           |
|  | 病・診・衣        | 入院基本料・加算 | ×           | 日間          |             |             |             |           |
|  |              |          | ×           | 日間          |             |             |             |           |
|  |              |          | ×           | 日間          |             |             |             |           |
|  |              |          | ×           | 日間          |             |             |             |           |
|  | 特定入院料・その他    |          | ×           | 日間          |             |             |             |           |
|  |              |          |             | 食事          | 基準          | 円           | ×           | 日間        |
|  |              |          |             |             |             | 円           | ×           | 日間        |
|  |              |          |             |             |             | 円           | ×           | 日間        |
| 診療報酬点数表により計算できるもの  | 合計点数         | 1点単価     |             | 点 ×         |             | 円           | 円           |           |
| 診療報酬点数表により計算できないもの   | 診断書料・入院室料差額等 |          |             |             |             |             | 円           |           |
| 診療費請求合計額   |              |          |             |             |             |             | 円           |           |
| <p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。<br/>                 (この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>年 月 日 診療機関の { 名称<br/>所在地<br/>医師の氏名</p> |              |          |             |             |             |             |             |           |



| *12 訪問看護事業者の証明  |              | (職員氏名)    |                |     |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
|---|--------------|-----------|----------------|-----|---------------|--------------------|----------|----|----|----|----|-----|----|---|-----|
| 傷病名   |              | (訪問看護期間)  |                |     |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
|   |              | 年         | 月              | 日から |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
|   |              | 年         | 月              | 日まで |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| 傷病の経過   |              | 訪問看護の回数 回 |                |     |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| 基本療養費<br>(I)<br>(II)  | 保健師、助産師、看護師  | 円         | ×              | 回   | 円             | 指示期間               | 指示期間     |    |    | 年  | 月  | 日から | 年  | 月 | 日まで |
|   | 准看護師         | 円         | ×              | 回   | 円             |                    | (特別指示期間) |    |    | 年  | 月  | 日から | 年  | 月 | 日まで |
|   | 専門の研修を受けた看護師 | 円         | ×              | 回   | 円             | 主治医への直近報告年月日 年 月 日 |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
|   | 理学療法士、作業療法士等 | 円         | ×              | 回   | 円             | 訪問日                |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
|   | 加算           | 円         | ×              | 回   | 円             | 1                  | 2        | 3  | 4  | 5  | 6  | 7   |    |   |     |
|   |              | 円         | ×              | 回   | 円             | 8                  | 9        | 10 | 11 | 12 | 13 | 14  |    |   |     |
|   |              | 円         | ×              | 回   | 円             | 15                 | 16       | 17 | 18 | 19 | 20 | 21  |    |   |     |
|   |              |           |                |     | (時間)          | 円                  | 22       | 23 | 24 | 25 | 26 | 27  | 28 |   |     |
|   |              |           |                |     |               | 円                  | 29       | 30 | 31 |    |    |     |    |   |     |
|   | 管理療養費        | 円         | +              | 円   | ×             | 日                  |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| 管理療養費の加算  |              |           |                |     | 円             |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| 情報提供療養費   | 円            | 提供した情報の概要 |                |     |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| ターミナルケア療養費  | 死亡年月日 年 月 日  | 円         | 情報提供先の名称       |     |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| 合計  | 円            | 専門の研修     | 基本療養費 (I) (II) |     | 1 緩和ケア        | 2 褥瘡ケア             |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| (備考)  |              |           | 専門管理加算         |     | 3 人工肛門・人工膀胱ケア |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
|   |              |           | 手順書交付年月日       |     | 1 緩和ケア        | 2 褥瘡ケア             |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
|   |              |           | 直近見直し年月日       |     | 3 人工肛門・人工膀胱ケア | 4 特定行為 ( )         |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| 訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名  |              |           |                |     |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| 医療機関の名称   |              |           |                |     |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| 主治医の氏名  |              |           |                |     |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。<br>(この欄の記入は、訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。) |              |           |                |     |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |
| 年 月 日 訪問看護事業者の { 名称<br>所在地<br>代表者氏名   |              |           |                |     |               |                    |          |    |    |    |    |     |    |   |     |

休業補償請求書  
休業援護金申請書

|      |     |
|------|-----|
| 認定番号 |     |
| 請求回数 | 第 回 |

|  |            |   |   |   |
|--|------------|---|---|---|
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>.....<br>下記の休業補償（休業援護金）を請求（申請）します。 | 請求（申請）年月日  | 年 | 月 | 日 |
|  | 請求（申請）者の住所 |   |   |   |
| フリガナ<br>氏 名  |            |   |   |   |
| 個人番号   |            |   |   |   |

|  |       |  |
|--|-------|--|
| 1<br>関被<br>する<br>職<br>事<br>員<br>項<br>に | 所属団体名 | フリガナ<br>氏 名  |
|  | 所属部局名 | 年 月 日生（ 歳）   |
|  | 職 名   | <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員<br>負傷又は発病の年月日<br>年 月 日 |

|  |         |      |   |                            |
|--|---------|------|---|----------------------------|
| 2<br>日<br>請<br>求<br>等                              | 年 月 日から | の うち | 日 | { 全部休業した日数 日<br>一部休業した日数 日 |
|  | 年 月 日まで |      |   |                            |
| [ 全部休業した日に支払われた給与の額 円 ]<br>[ 一部休業した日に支払われた給与の額 円 ] |         |      |   |                            |

|  |                              |             |     |     |
|--|------------------------------|-------------|-----|-----|
| *3<br>長<br>所<br>の<br>属<br>部<br>局<br>の<br>証<br>明<br>書 | 1及び2については、下記のとおりであることを証明します。 |             |     |     |
|  | 年 月 日                        | 所属部局の       | 名 称 | 所在地 |
|  |                              | 長 の 職 ・ 氏 名 |     |     |

|                       |                    |   |                              |
|-----------------------|--------------------|---|------------------------------|
| 4<br>休<br>業<br>補<br>償 | 全部休業した日<br>についての計算 | (平均給与額) (全部休業した日に支払われた給与の額)<br>円 × $\frac{60}{100}$ - 円 = 円 | (請求日数)<br>円 × 日 = 円 (A)      |
|                       | 一部休業した日<br>についての計算 | (平均給与額) (一部休業した日に支払われた給与の額)<br>円 - 円 = 円 (ア)                | (総務大臣が最高限度額として定める額)<br>円 (イ) |
|                       |                    | (ア) 又は (イ) のうちいずれか低い額<br>円 × $\frac{60}{100}$ = 円           | (請求日数)<br>円 × 日 = 円 (B)      |
|                       | 請 求 金 額            | (A) + (B)   | 円                            |

|                            |                    |   |                              |
|----------------------------|--------------------|---|------------------------------|
| 5<br>休<br>業<br>援<br>護<br>金 | 全部休業した日<br>についての計算 | ①休業補償を受ける場合<br>(平均給与額)<br>円 × $\frac{20}{100}$ = 円                          | (請求日数)<br>円 × 日 = 円 (C)      |
|                            |                    | ②休業補償を受けない場合<br>(平均給与額) (全部休業した日に支払われた給与の額)<br>円 × $\frac{80}{100}$ - 円 = 円 | (請求日数)<br>円 × 日 = 円 (D)      |
|                            | 一部休業した日<br>についての計算 | (平均給与額) (一部休業した日に支払われた給与の額)<br>円 - 円 = 円 (ウ)                                | (総務大臣が最高限度額として定める額)<br>円 (イ) |
|                            |                    | (ウ) 又は (イ) のうちいずれか低い額<br>円 × $\frac{20}{100}$ = 円                           | (請求日数)<br>円 × 日 = 円 (E)      |
| 申 請 金 額                    | (C) + (D) + (E)    | 円   |                              |

|             |                                     |                                      |
|-------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 6 他法年金の受給関係 | <input type="checkbox"/> の被保険者であった。 | <input type="checkbox"/> 被保険者ではなかった。 |
|-------------|-------------------------------------|--------------------------------------|

〔注意事項〕裏面参照。

|                             |                                       |       |  |
|-----------------------------|---------------------------------------|-------|--|
| *7<br>医<br>師<br>の<br>証<br>明 | 傷病名                                   |       | 現在の状態  |
|                             | 請求日数のうち療養のため勤務することが<br>できなかったと認められる日数 |       | 年 月 日  |
|                             | 年 月 日から<br>年 月 日まで                    | のうち 日 | <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 継続中 |
| 上記のとおりであることを証明します。          |                                       |       |  |
| 年 月 日                       |                                       | 医療機関の | 名称<br>所在地<br>医師の氏名   |

|                                      |  |                |  |
|--------------------------------------|--|----------------|--|
| 8<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>(本請求(申請)書に記載の個人番号を利用して公金受取口座との情報連携を行うことに同意する。) |                |  |
|                                      | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する  |                |  |
|                                      | 金融機関名  | 本支店等名          | 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |
|                                      | 口座番号   | 口座名義人 氏名(フリガナ) |  |
| <input type="checkbox"/> その他         |  |                |  |

|                  |       |  |       |
|------------------|-------|--|-------|
| *受理<br>(到達した年月日) | 所属部局  | 任命権者   | 基金支部  |
|                  | 年 月 日 | 年 月 日  | 年 月 日 |
| *決定金額            | 休業補償  | 法第30条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | *通知   |
|                  | 休業援護金 | 円  | 年 月 日 |
|                  | 合計    | 円  | *支払   |
|                  |       | 円  | 年 月 日 |

〔注意事項〕

- 請求(申請)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。
- 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。ただし、2回目以後の請求において個人番号に変更のない場合には、記入する必要はないこと。
- 「2 請求日数等」の欄は、地方公務員災害補償法(昭和42年法律第121号。以下「法」という。)第28条ただし書及び地方公務員災害補償法施行規則(昭和42年自治省令第27号)第26条の3に該当する日がある場合は、当該日を控除した日数を記入すること。
- 「4 休業補償」及び「5 休業援護金」の欄の「全部休業した日についての計算」の「(平均給与額)」には、「平均給与額算定書(2号紙)」の「2 平均給与額」の金額を、「一部休業した日についての計算」の「(平均給与額)」には、療養を開始してから1年6月を経過している場合に、平均給与額が法第2条第13項の規定により総務大臣が定める最高限度額を超えている場合であっても、当該最高限度額を適用しない金額を記入すること。
- 「4 休業補償」及び「5 休業援護金」の欄の「総務大臣が最高限度額として定める額(イ)」は、療養を開始してから1年6月を経過している場合に、法第2条第13項の規定により総務大臣が定める最高限度額を記入すること。
- 「6 他法年金の受給関係」の欄は、請求する休業補償と同一の事由により地方公務員災害補償法施行令(昭和42年政令第274号。以下「令」という。)附則第3条の2第1項の表の上欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□\_\_\_\_\_」の被保険者であった。」を選択するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。なお、この請求書を提出するときに、その年金の種類、年額及び支給開始年月等を記載した書類を添付すること。ただし、基金が情報提供ネットワークシステムを利用することによりその事実を確認できるときは添付する必要はないこと。また、この請求書に係る補償の支給決定後に令附則第3条の2第1項の表の上欄に掲げる年金たる給付を受けることとなった場合には、速やかにその旨書面で報告すること。
- 「\*7 医師の証明」の欄は、入院中の場合のように、すでに療養補償請求書等によって療養のため勤務できないことが明らかに認められるときは、この請求書において重ねて医師の証明を求め、記入する必要はないこと。
- 「8 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 「平均給与額算定書(2号紙)」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。ただし、2回目以後の請求において平均給与額に変更のない場合には、記入する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。

平均給与額算定書

|                   |        |       |  |
|-------------------|--------|-------|--|
| 被災職員の氏名<br>及び生年月日 | 年 月 日生 | 補償の種類 |  |
|-------------------|--------|-------|--|

|  |                    |   |                    |                                      |         |
|--|--------------------|---|--------------------|--------------------------------------|---------|
| 1 平均給与額算定内訳  |                    |   |                    |                                      |         |
| 災害発生の日の属する月の前月の末日から起算して過去3月間の給与<br>(通勤手当については、地方公務員災害補償法施行規則第3条第5項に規定する各月ごとの合計額) |                    |   |                    |                                      |         |
| 給与期間   | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 年 月 日から<br>年 月 日まで  | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 計                                    | 備考      |
| 総日数  | 日                  | 日   | 日                  | 日                                    |         |
| 勤務した日数   | 日                  | 日   | 日                  | 日                                    |         |
| 控除日数   | 日                  | 日   | 日                  | 日                                    |         |
| 給<br>与   | 給料                 | 円   | 円                  | 円                                    | 円       |
|  | 扶養手当               | 円   | 円                  | 円                                    | 円       |
|  | 地域手当               | 円   | 円                  | 円                                    | 円       |
|  | 住居手当               | 円   | 円                  | 円                                    | 円       |
|  | 通勤手当               | 円   | 円                  | 円                                    | 円       |
|  | 時間外勤務手当            | 円   | 円                  | 円                                    | 円       |
|  | 宿日直手当              | 円   | 円                  | 円                                    | 円       |
|  |                    | 円   | 円                  | 円                                    | 円       |
|  |                    | 円   | 円                  | 円                                    | 円       |
|  | 計                  | 円   | 円                  | 円                                    | 円       |
| (A) 法第2条第4項本文による金額   |                    |   |                    |                                      |         |
| (給与総額) (総日数)   |                    | 寒冷地手当<br>〔災害発生の日の属する月の前月の末日以前における直近の寒冷地<br>手当の支給日に支給された寒冷地手当の額〕 |                    |                                      |         |
| 円  | ÷                  | =   | 円 銭 (イ)            | 円 ×5 ÷365 =                          | 円 銭 (ロ) |
|  |                    |   |                    | (イ) + (ロ) =                          | 円 銭     |
| (B) 法第2条第4項ただし書による金額   |                    |   |                    |                                      |         |
| 〔日、時間又は出来高払制によって<br>定められた給与の総額〕  |                    | (勤務した日数)  |                    |                                      |         |
| 円  | ÷                  | ×   | $\frac{60}{100}$   | =                                    | 円 銭 (ハ) |
| (その他の給与の総額)  |                    | (総日数)   |                    |                                      |         |
| 円  | ÷                  | =   |                    | =                                    | 円 銭 (ニ) |
|  |                    |   |                    | (ロ) + (ハ) + (ニ) =                    | 円 銭     |
| (C) 法第2条第6項による金額 (同条第4項本文計算)   |                    |   |                    |                                      |         |
| (寒冷地手当の額)  |                    | 〔控除日の属する<br>月の給与の月額〕  |                    | 〔その月の<br>総日数〕 (控除日数) 〔減額された<br>給与の額〕 |         |
| $\left[ \frac{\quad \times 5}{365} + \quad \div \quad \right] \times$            |                    |   | -                  |                                      | =       |
| (控除日の勤務に対して支払われた時間外勤務手当等の合計額)  |                    |   |                    | 円 銭 (ホ)                              |         |
|  |                    |   |                    | (ホ) + (ニ) =                          | 円 銭 (ト) |
| (寒冷地手当の額)  | (総日数)              | (給与総額)  | (ト)                |                                      |         |
| $\left[ \frac{\quad \times 5}{365} \times \quad \right] +$                       |                    |   | -                  | 円 銭                                  | =       |
| (総日数)  |                    | (控除日数)  |                    |                                      |         |
| 日 - 日  |                    |   |                    |                                      |         |
| (C') 法第2条第6項による金額 (同条第4項ただし書計算)  |                    |   |                    |                                      |         |
| 〔日、時間又は出来高払制によって定められた<br>給与の総額 (控除日に支払われたものを除く)〕                                 |                    | 〔勤務した日数<br>(控除日を除く)〕  |                    |                                      |         |
| 円  | ÷                  | ×   | $\frac{60}{100}$   | =                                    | 円 銭 (チ) |
| (寒冷地手当の額)  | (総日数)              | (その他の給与の総額)   | (ホ)                |                                      |         |
| $\left[ \frac{\quad \times 5}{365} \times \quad \right] +$                       |                    |   | -                  | 円 銭                                  | =       |
| (総日数)  |                    | (控除日数)  |                    |                                      |         |
| 日 - 日  |                    |   |                    |                                      |         |
|  |                    |   |                    | (チ) + (リ) =                          | 円 銭     |



## 別紙

〔注意事項（2号紙）〕

- 1 請求（申請）者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する口にレ印を記入すること。
- 2 「1 平均給与額算定内訳」の「勤務した日数」には、現実に勤務した日のほか、有給休暇等の日を含めた日数を記入すること。
- 3 「1 平均給与額算定内訳」の「控除日数」には、1日の全部又は一部について、次に掲げる事由により勤務することができなかった日数を記入し、併せて当該事由を「備考」に記入すること。
  - （1） 傷病の療養のため勤務することができなかった場合
  - （2） 出産予定日の6週間前（多胎妊娠の場合にあつては、14週間）から出産後8週間以内において勤務しなかった場合
  - （3） 育児休業の承認を受けて勤務しなかった場合
  - （4） 介護のため承認を受けて勤務しなかった場合
  - （5） 地方公共団体（職員が当該地方公共団体が設立した地方独立行政法人に在職していた期間にあつては、当該地方独立行政法人）の責に帰すべき事由によって勤務することができなかった場合
  - （6） 職員団体の業務に専ら従事するために勤務しなかった場合
  - （7） 親族の傷病の看護のため勤務することのできなかった場合
  - （8） 休暇に関する条例等により、組合休暇を与えられて勤務しなかった場合
- 4 「1 平均給与額算定内訳」の「給与」のうち「時間外勤務手当」、「宿日直手当」等翌月払いの手当については、その月の支払済額ではなく、実際に勤務した月に直して記入すること。
- 5 （A）欄の「寒冷地手当」は、災害発生の日に支給地域に在勤し、かつ、災害発生の日の属する月の前月の末日から起算して過去1年間に支給を受けたときに限り記入すること。
- 6 ①欄及び②欄の「地域手当」には、給料及び扶養手当の月額に対する地域手当の月額のみを記入し、管理職手当の月額に対する地域手当の月額は含まないこと。
- 7 地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号）第1条に規定する給与が日額で定められている職員に係る①欄及び②欄の「給料」には、給与日額に次に掲げる区分に応じ、次に掲げる数を乗じて得た額を記入すること。
  - （1） 土曜日を休日としている地方公共団体及び地方独立行政法人（以下「地方公共団体等」という。） 21
  - （2） 第2土曜日及び第4土曜日を休日としている地方公共団体等 23
  - （3） （1）及び（2）以外の地方公共団体等 25
- 8 （G）欄及び（I）欄の「（総務大臣が定める率）」は、地方公務員災害補償法施行規則（昭和42年自治省令第27号）第3条第4項の規定に基づき総務大臣が定める災害発生の日の属する期間の区分に応じた率であること。なお、（G）欄及び（I）欄の「基本的給与の月額①」は、災害発生の日が昭和60年4月1日前にあるときは、同日における基本的給与の月額となること。
- 9 （K）欄は、年金たる補償以外の補償を請求する場合に記入すること。
- 10 （L）欄は、年金たる補償及び休業補償（療養を開始して1年6月を経過している場合に限る。）を請求する場合に記入すること。
- 11 外国の地方公共団体の機関等に派遣される一般職の地方公務員の処遇等に関する法律（昭和62年法律第78号）第3条に規定する派遣職員にあつては、「1 平均給与額算定内訳（災害発生の日の属する月の前月の末日から起算して過去3月間の給与）」には、派遣等の期間の初日の属する月の前月の末日から起算して過去3月間の給与を、（A）欄には外国の地方公共団体の機関等に派遣される一般職の地方公務員の処遇等に関する法律第5条第2項の規定による平均給与額等を定める省令（昭和62年自治省令第31号。以下「省令」という。）第1条第1項の規定による金額を、（J）欄には省令第1条第3項による金額のうち最も高い金額を、（K）欄には省令第2条の規定による金額を、（L）欄には省令第4条又は第5条の規定による金額を記入し、省令第1条第3項の規定による計算の内訳を別紙として添付すること。
- 12 平均給与額の計算過程においては、端数処理は行わないこと。

様式第 8 号

(離職者用)

休業補償請求書  
休業援護金申請書

|      |     |
|------|-----|
| 認定番号 |     |
| 請求回数 | 第 回 |

|   |            |   |   |   |
|---|------------|---|---|---|
| 地方公務員災害補償基金<br><br>支部長 殿<br><br>下記の休業補償（休業援護金）を請求（申請）します。 | 請求（申請）年月日  | 年 | 月 | 日 |
|   | 請求（申請）者の住所 |   |   |   |
| フリガナ<br>氏 名   |            |   |   |   |
| 個人番号  |            |   |   |   |

|   |       |            |
|---|-------|------------|
| 1<br>関<br>被<br>ず<br>災<br>る<br>職<br>事<br>員<br>項<br>に               | 所属団体名 | フリガナ       |
|   | 所属部局名 | 氏 名        |
|   | 職 名   | 年 月 日生（ 歳） |
| <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第 1 条職員 |       | 負傷又は発病の年月日 |
|   |       | 年 月 日      |

|         |         |            |   |
|---------|---------|------------|---|
| 2 請求日数等 | 年 月 日から | 年 月 日までのうち | 日 |
|---------|---------|------------|---|

|   |   |
|---|---|
| * 3<br>長<br>所<br>の<br>属<br>部<br>局<br>の<br>証<br>明<br>書 | 1 及び 2 については、下記のとおりであることを証明します。         |
|   | 年 月 日<br>所属部局の { 名 称<br>所 在 地<br>長の職・氏名 |

|                       |  |            |         |
|-----------------------|--|------------|---------|
| 4<br>休<br>業<br>補<br>償 | (平均給与額)  | (療養に要した時間) | (療養年月日) |
|                       | 円 × $\frac{60}{100} \times \frac{\quad}{7.75} =$ | 円          | 年 月 日   |
|                       | (平均給与額)  | (療養に要した時間) | (療養年月日) |
|                       | 円 × $\frac{60}{100} \times \frac{\quad}{7.75} =$ | 円          | 年 月 日   |
|                       | (平均給与額)  | (療養に要した時間) | (療養年月日) |
|                       | 円 × $\frac{60}{100} \times \frac{\quad}{7.75} =$ | 円          | 年 月 日   |
| 請求金額                  |  | 円          |         |

|                            |  |            |         |
|----------------------------|--|------------|---------|
| 5<br>休<br>業<br>援<br>護<br>金 | (平均給与額)  | (療養に要した時間) | (療養年月日) |
|                            | 円 × $\frac{20}{100} \times \frac{\quad}{7.75} =$ | 円          | 年 月 日   |
|                            | (平均給与額)  | (療養に要した時間) | (療養年月日) |
|                            | 円 × $\frac{20}{100} \times \frac{\quad}{7.75} =$ | 円          | 年 月 日   |
|                            | (平均給与額)  | (療養に要した時間) | (療養年月日) |
|                            | 円 × $\frac{20}{100} \times \frac{\quad}{7.75} =$ | 円          | 年 月 日   |
| 申請金額                       |  | 円          |         |

|             |                          |            |                          |             |
|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|
| 6 他法年金の受給関係 | <input type="checkbox"/> | の被保険者であった。 | <input type="checkbox"/> | 被保険者ではなかった。 |
|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|

|                              |                                   |  |
|------------------------------|-----------------------------------|--|
| * 7<br>医<br>師<br>の<br>証<br>明 | 傷 病 名                             | 現在の状態  |
|                              | 請求日数のうち療養のため勤務することができなかつたと認められる日数 | 年 月 日  |
|                              | 年 月 日から 年 月 日まで のうち 日             | <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 継続中 |
|                              | 上記のとおりであることを証明します。                |  |
|                              | 年 月 日                             | 医療機関の { 名 称<br>所 在 地<br>医 師 の 氏 名  |

〔注意事項〕裏面参照。

|         |  |
|---------|--|
| 送金希望口座等 | 8 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>(本請求(申請)書に記載の個人番号を利用して公金受取口座との情報連携を行うことに同意する。)   |
|         | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する<br>金融機関名 ..... 本支店等名 ..... 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 ..... 口座名義人 氏名(フリガナ) ..... |
|         | <input type="checkbox"/> その他   |

|                   |   |               |               |
|-------------------|---|---------------|---------------|
| * 受理<br>(到達した年月日) | 所属部局<br>年 月 日   | 任命権者<br>年 月 日 | 基金支部<br>年 月 日 |
| * 決定金額            | 休業補償<br>法第30条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>円 | * 通知          | 年 月 日         |
|                   | 休業援護金<br>円  | * 支払          | 年 月 日         |
|                   | 合計<br>円   |               |               |

〔注意事項〕

- この請求(申請)書は、離職した後に休業補償(休業援護金)を請求(申請)する場合に使用すること。
- 請求(申請)者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する口にレ印を記入すること。
- 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。ただし、2回目以後の請求において個人番号に変更のない場合には、記入する必要はないこと。
- 「2 請求日数等」の欄は、地方公務員災害補償法(昭和42年法律第121号)第28条ただし書及び地方公務員災害補償法施行規則(昭和42年自治省令第27号)第26条の3に該当する日がある場合は、当該日を控除した日数を記入すること。
- 「4 休業補償」及び「5 休業援護金」の欄の「(療養に要した時間)」には、療養に要した時間数(1時間未満の端数がある場合には、切り捨てた時間数)を記入すること。ただし、当該時間数が7.75時間を超える場合には、7.75時間とすること。
- 「4 休業補償」及び「5 休業援護金」の欄が不足する場合には、別紙を付して記入すること。
- 「6 他法年金の受給関係」の欄は、請求する休業補償と同一の事由により地方公務員災害補償法施行令(昭和42年政令第274号。以下「令」という。)附則第3条の2第1項の表の上欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「 \_\_\_\_\_の被保険者であった。」を選択するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。なお、この請求書を提出するときに、その年金の種類、年額及び支給開始年月等を記載した書類を添付すること。ただし、基金が情報提供ネットワークシステムを利用することによりその事実を確認できるときは添付する必要はないこと。また、この請求書に係る補償の支給決定後に令附則第3条の2第1項の表の上欄に掲げる年金たる給付を受けることとなった場合には、速やかにその旨書面で報告すること。
- 「\*7 医師の証明」の欄は、入院中の場合のように、すでに療養補償請求書等によって療養のため勤務できないことが明らかに認められるときは、この請求書において重ねて医師の証明を求めて、記入する必要はないこと。
- 「8 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 「平均給与額算定書(2号紙)」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。ただし、2回目以後の請求において平均給与額に変更のない場合には、記入する必要はないこと。
- この請求(申請)書には、「療養に要した時間」に関する明細を添付すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。

様式第9号

障害補償年金請求書  
 障害特別支給金申請書  
 障害特別援護金申請書  
 障害特別給付金申請書

1号紙

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   |  | 認定番号  |  |
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>下記の障害補償年金<br>〔障害特別支給金〕<br>〔障害特別援護金〕<br>〔障害特別給付金〕<br>を請求（申請）します。 |  | 請求（申請）年月日 年 月 日<br>請求（申請）者の住所<br>フリガナ 氏 名<br>個人番号 |  |
| 1<br>関<br>被<br>す<br>災<br>る<br>職<br>事<br>員<br>項<br>に                                     | 所属団体名  | フリガナ 氏 名  |  |
|   | 所属部局名  | 年 月 日生（ 歳）  |  |
|   | 職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員  | 負傷又は発病の年月日 年 月 日<br>治ゆ年月日 年 月 日                   |  |
| 2   | 障害の部位及びその程度  |   |  |
| 3   | 既存障害とその程度  |   |  |
| 4   | 障害等級 第 級 第 号   |   |  |
| 5   | 障害補償年金請求金額<br>(平均給与額) (日数)<br>円 × = 円  |   |  |
| 6   | <input type="checkbox"/> 他法年金の受給関係の被保険者であった。 <input type="checkbox"/> 被保険者ではなかった。  |   |  |
| 7   | 障害特別支給金 申請金額等<br>障害特別援護金   | 障害特別支給金 円<br>障害特別援護金 円                            | 傷病特別支給金の受給の有無<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 8   | 障害特別給付金申請金額の計算<br>(平均給与額) (日数)<br>(A) 円 × × $\frac{20}{100}$ = 円   |   |  |
|   | (B) 1,500,000 円 × $\frac{\text{日数}}{365}$ = 円  |   |  |
| 9   | 障害特別給付金申請金額 円  |   |  |
| 10<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等   | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>(本請求（申請）書に記載の個人番号を利用して公金受取口座との情報連携を行うことに同意する。)   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する<br>金融機関名 本支店等名 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 口座名義人 氏名(フリガナ) |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> その他   |   |  |
| * 受理  | 所属部局   | 任命権者  | 基金支部   |
| (到達した年月日)   | 年 月 日  | 年 月 日   | 年 月 日  |
| * 年金決定年額  | 法第30条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>円  | * 年金証書の番号   | 第 号  |
| * 決定金額  | 特別支給金 円<br>特別援護金 円<br>特別給付金 円  | * 障害等級  | 第 級 第 号  |
| * 通知  | 年 月 日  | * 年金支給開始年月  | 年 月  |
|   |  | * 特別支給金の支払  | 年 月 日  |

〔注意事項〕裏面参照。

〔注意事項〕

- 1 請求（申請）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。
- 2 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。
- 3 「3 既存障害とその程度」の欄は、新たに既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 4 「6 他法年金の受給関係」の欄は、請求する障害補償年金と同一の事由により地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号。以下「令」という。）附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□\_\_\_\_\_の被保険者であった。」を選択するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。なお、この請求書を提出するときに、その年金の種類、年額及び支給開始年月等を記載した書類を添付すること。ただし、基金が情報提供ネットワークシステムを利用することによりその事実を確認できるときは添付する必要はないこと。また、この請求書に係る年金の支給決定後に令附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受けることとなった場合には、速やかにその旨書面で報告すること。
- 5 「7 障害特別支給金 申請金額等」の欄の「傷病特別支給金の受給の有無」は、同一の傷病に係る傷病特別支給金についての受給障害特別援護金の有無を選択すること。
- 6 令第1条に規定する職員に係る「8 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の記入については、別に定めるところによること。
- 7 「9 障害特別給付金申請金額」の欄には、「8 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の（A）の金額（（A）の金額が（B）の金額を超える場合には、（B）の金額）を記入すること。
- 8 「10 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 9 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- 10 この請求書には、治ゆの時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書、X線写真その他の資料を添付すること。
- 11 年月日の記載には元号を用いる。

様式第10号

(特殊公務災害・国際緊急援助活動特例災害関係)

障害補償年金請求書  
 障害特別支給金申請書  
 障害特別援護金申請書  
 障害特別給付金申請書

1号紙

認定番号

|   |   |
|---|---|
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>下記の障害補償年金<br>(障害特別支給金)<br>(障害特別援護金)<br>(障害特別給付金)<br>を請求(申請)します。 | 請求(申請)年月日 年 月 日<br>請求(申請)者の住所<br>フリガナ氏名<br>個人番号 |
|---|---|

|  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| 1 関<br>被<br>す<br>災<br>る<br>職<br>事<br>員<br>項<br>に | 所属団体名  | フリガナ氏名                          |
|  | 所属部局名  | 年 月 日生(歳)                       |
|  | 職名 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 | 負傷又は発病の年月日 年 月 日<br>治ゆ年月日 年 月 日 |

2 障害の部位及びその程度

3 既存障害とその程度

4 障害等級 第 級 第 号

5 障害補償年金請求金額  
 (平均給与額) (日数) (1+割増率)  
 円 × ×  $\left[1 + \frac{\quad}{100}\right] =$  円

6 他法年金の受給関係  の被保険者であった。  被保険者ではなかった。

7 障害特別支給金 申請金額等 円  
 障害特別援護金 円  
 傷病特別支給金の受給の有無  有  無

8 障害特別給付金申請金額の計算  
 (平均給与額) (日数) (1+割増率)  
 (A) 円 × ×  $\left[1 + \frac{\quad}{100}\right] \times \frac{20}{100} =$  円  
 (日数)  
 (B) 1,500,000 円 ×  $\frac{\quad}{365} =$  円

9 障害特別給付金申請金額 円

10 送金希望口座等  
 公金受取口座を利用する  
 (本請求(申請)書に記載の個人番号を利用して公金受取口座との情報連携を行うことに同意する。)  
 任意の口座を指定する  
 金融機関名 本支店等名 口座種別  普通  当座  
 口座番号 口座名義人氏名(フリガナ)  
 その他

|                |            |            |            |
|----------------|------------|------------|------------|
| * 受理 (到達した年月日) | 所属部局 年 月 日 | 任命権者 年 月 日 | 基金支部 年 月 日 |
|----------------|------------|------------|------------|

|          |  |               |
|----------|--|---------------|
| * 年金決定年額 | 法第30条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円 | * 通 知 年 月 日   |
| * 特別支給金  | 円  | * 年金証書の番号 第 号 |

|        |         |                |
|--------|---------|----------------|
| * 決定金額 | 特別援護金 円 | * 障害等級 第 級 第 号 |
|        | 特別給付金 円 | * 年金支給開始年月 年 月 |

|  |                        |
|--|------------------------|
| * 特殊公務災害 国際緊急援助活動特例災害 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | * 特別支給金 特別援護金の支払 年 月 日 |
|--|------------------------|

[注意事項] 裏面参照。

[注意事項]

- 1 この請求（申請）書は、特殊公務災害又は国際緊急援助活動特例災害による障害補償年金、障害特別支給金、障害特別援護金及び障害特別給付金を請求（申請）する場合に用いること。
- 2 請求（申請）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。
- 3 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。
- 4 「3 既存障害とその程度」の欄は、新たに既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 5 「5 障害補償年金請求金額」の欄の「割増率」は、障害等級第1級の場合は100分の40、第2級の場合は100分の45、第3級以下の場合は100分の50であること。
- 6 「6 他法年金の受給関係」の欄は、請求する障害補償年金と同一の事由により地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号。以下「令」という。）附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□\_\_\_\_\_の被保険者であった。」を選択するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。なお、この請求書を提出するときに、その年金の種類、年額及び支給開始年月等を記載した書類を添付すること。ただし、基金が情報提供ネットワークシステムを利用することによりその事実を確認できるときは添付する必要はないこと。また、この請求書に係る年金の支給決定後に令附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受けることとなった場合には、速やかにその旨書面で報告すること。
- 7 「7 障害特別支給金  
障害特別援護金 申請金額等」の欄の「傷病特別支給金の受給の有無」は、同一の傷病に係る傷病特別支給金についての受給の有無を選択すること。
- 8 「8 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の「割増率」は、5の例により記入すること。なお、令第1条に規定する職員に係るこの欄の記入については、別に定めるところによること。
- 9 「9 障害特別給付金申請金額」の欄には、「8 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の（A）の金額（（A）の金額が（B）の金額を超える場合には、（B）の金額）を記入すること。
- 10 「10 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 11 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- 12 この請求書には、災害が地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号）第46条の特殊公務災害又は令第10条の国際緊急援助活動特例災害に該当するものであることを証明する書類、治ゆの時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書、X線写真その他の資料を添付すること。
- 13 年月日の記載には元号を用いる。



〔注意事項〕

- 1 請求（申請）者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する口にレ印を記入すること。
- 2 「3 既存障害とその程度」の欄は、新たに既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 3 「5 障害補償一時金請求金額」の欄の「（日数（ア））」には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号）第29条第4項に掲げる日数を、「（日数（イ））」には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号。以下「令」という。）第7条各号に掲げる日数を、それぞれ記入すること。
- 4 「6 障害特別支給金  
障害特別援護金 申請金額等」の欄の「傷病特別支給金の受給の有無」は、同一の傷病に係る傷病特別支給金についての受給の有無を選択すること。
- 5 「7 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の「（日数（ア））」及び「（日数（イ））」は、3の例により記入すること。なお、令第1条に規定する職員に係るこの欄の記入については、別に定めるところによること。
- 6 「8 障害特別給付金申請金額」の欄には、「7 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の（A）の金額（（A）の金額が（B）の金額を超える場合には、（B）の金額）を記入すること。
- 7 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 8 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- 9 この請求書には、治ゆの時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書、X線写真その他の資料を添付すること。
- 10 年月日の記載には元号を用いる。

様式第12号

〔特殊公務災害・国際緊急  
援助活動特例災害関係〕

障害補償一時金請求書  
障害特別支給金申請書  
障害特別援護金申請書  
障害特別給付金申請書

1号紙

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>下記の障害補償一時金<br>〔障害特別支給金〕<br>〔障害特別援護金〕<br>〔障害特別給付金〕<br>を<br>フリガナ<br>氏 名<br>請求（申請）します。 |  | 認定番号  | 請求（申請）年月日<br>年 月 日<br>請求（申請）者の住所<br>.....<br>フリガナ<br>氏 名 |
| 1<br>関<br>被<br>す<br>災<br>る<br>職<br>事<br>員<br>項<br>に   | 所属団体名<br>.....<br>所属部局名<br>.....<br>職 名<br><input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員   | フリガナ<br>氏 名<br>.....<br>年 月 日生（ 歳）<br>負傷又は発病の年月日<br>.....<br>年 月 日<br>治ゆ年月日<br>.....<br>年 月 日 |  |
|   | 2 障害の部位及びその程度<br>.....   |   |  |
|   | 3 既存障害とその程度<br>.....   |   |  |
| 4 障害等級<br>.....   | 第 級 第 号  |   |  |
| 5 障害補償一時金請求金額   | 〔船員の場合〕<br>(平均給与額) (日数(ア)) (平均給与額) (日数(イ))<br>$\text{円} \times \frac{150}{100} + (\text{円} \times ) = \text{円}$  |   |  |
| 6 障害特別支給金<br>障害特別援護金<br>申請金額等   | 障害特別支給金 円<br>障害特別援護金 円   | 傷病特別支給金の受給の有無<br><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                        |  |
| 7 障害特別給付金<br>申請金額の計算  | 〔船員の場合〕<br>(平均給与額) (日数(ア)) (平均給与額) (日数(イ))<br>$(A) \left\{ \text{円} \times \frac{150}{100} + (\text{円} \times ) \right\} \times \frac{20}{100} = \text{円}$     |   |  |
|   | (B) $1,500,000 \text{円} \times \frac{\text{日数(ア)}}{365} = \text{円}$  |   |  |
| 8 障害特別給付金申請金額   | ..... 円  |   |  |
| 9<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等  | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>個人番号 .....   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する<br>金融機関名 ..... 本支店等名 ..... 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 ..... 口座名義人 氏名(フリガナ) ..... |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> その他   |   |  |
| * 受理<br>(到達した年月日)   | 所属部局<br>年 月 日  | 任命権者<br>年 月 日   | 基金支部<br>年 月 日  |
| * 決定金額  | 一時金<br>法第30条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>..... 円   | * 特殊公務災害<br>国際緊急援助<br>活動特例災害<br><input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当      |  |
|   | 特別支給金<br>..... 円   | * 障害等級<br>第 級 第 号   |  |
|   | 特別援護金<br>..... 円   | * 通知<br>年 月 日   |  |
|   | 特別給付金<br>..... 円   | * 支払<br>年 月 日   |  |
|   | 合計<br>..... 円  |   |  |

〔注意事項〕裏面参照。

〔注意事項〕

- 1 この請求（申請）書は、特殊公務災害又は国際緊急援助活動特例災害による障害補償一時金、障害特別支給金、障害特別援護金及び障害特別給付金を請求（申請）する場合に用いること。
- 2 請求（申請）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。
- 3 「3 既存障害とその程度」の欄は、新たに既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 4 「5 障害補償一時金請求金額」の欄の「（日数（ア））」には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号。以下「法」という。）第29条第4項に掲げる日数を、「（日数（イ））」には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号。以下「令」という。）第7条各号に掲げる日数を、それぞれ記入すること。
- 5 「6 障害特別支給金  
障害特別援護金 申請金額等」の欄の「傷病特別支給金の受給の有無」は、同一の傷病に係る傷病特別支給金についての受給の有無を選択すること。
- 6 「7 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の「（日数（ア））」及び「（日数（イ））」は、4の例により記入すること。なお、令第1条に規定する職員に係るこの欄の記入については、別に定めるところによること。
- 7 「8 障害特別給付金申請金額」の欄には、「7 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の（A）の金額（（A）の金額が（B）の金額を超える場合には、（B）の金額）を記入すること。
- 8 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 9 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- 10 この請求書には、災害が法第46条の特殊公務災害又は令第10条の国際緊急援助活動特例災害に該当するものであることを証明する書類、治癒の時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書、X線写真その他の資料を添付すること。
- 11 年月日の記載には元号を用いる。

様式第13号の2

介護補償請求書

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 認定番号                        |                             |
| <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 継続 |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>.....<br>下記の介護補償を請求します。 | 請求年月日<br>年 月 日                 |
|   | 請求者の住所<br>.....<br>フリガナ<br>氏 名 |

|  |  |                     |
|--|--|---------------------|
| 1<br>関<br>被<br>災<br>る<br>職<br>事<br>員<br>項<br>に | 所属団体名  | フリガナ<br>氏 名         |
|  | 所属部局名  | 年 月 日生 ( 歳)         |
|  | 職 名<br><input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員 | 負傷又は発病の年月日<br>年 月 日 |

|                         |  |           |     |
|-------------------------|--|-----------|-----|
| 2<br>傷病等級<br>又は<br>障害等級 | <input type="checkbox"/> 傷 病 等 級 (第 級 第 号)<br><input type="checkbox"/> 障 害 等 級 (第 級 第 号) | 3 年金証書の番号 | 第 号 |
|-------------------------|--|-----------|-----|

|   |   |
|---|---|
| 4 | 介護を要する状態の常時又は随時の別<br><input type="checkbox"/> 常時介護を要する状態<br><input type="checkbox"/> 随時介護を要する状態 |
|---|---|

| 5<br>請<br>求<br>金<br>額<br>等 | 請求対象年月             | 介護費用を支出せずに<br>介護を受けた日の有無                                | 介護費用として支出した額 | 請 求 月 額 |
|----------------------------|--------------------|---|--------------|---------|
|                            | 年 月                | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | 円            | 円       |
|                            | 年 月                | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | 円            | 円       |
|                            | 年 月                | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | 円            | 円       |
|                            | 年 月                | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | 円            | 円       |
|                            | 介護補償請求金額 (請求月額の合計) |   |              |         |

|               |   |
|---------------|---|
| 6<br>介護を受けた場所 | <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等 (名称: )<br>入院・入所期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) |
|---------------|---|

| 7<br>し<br>介<br>護<br>に<br>従<br>事 | 氏 名 | 請 求 者 と の<br>続 柄 又 は 関 係 | 請 求 者 が 介 護 を 受 け た 期 間 |       |
|---------------------------------|-----|--------------------------|-------------------------|-------|
|                                 |     |                          | 年 月 日 ~                 | 年 月 日 |
|                                 |     |                          | 年 月 日 ~                 | 年 月 日 |
|                                 |     |                          | 年 月 日 ~                 | 年 月 日 |
|                                 |     |                          | 年 月 日 ~                 | 年 月 日 |

|                                      |  |                                   |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| 8<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>個人番号 |                                   |
|                                      | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する          |                                   |
|                                      | 金融機関名<br>.....<br>口座番号                       | 本支店等名<br>.....<br>口座名義人 氏名 (フリガナ) |
|                                      | <input type="checkbox"/> その他                 |                                   |

|           |         |         |         |
|-----------|---------|---------|---------|
| * 受 理     | 所 属 部 局 | 任 命 権 者 | 基 金 支 部 |
| (到達した年月日) | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   |
| * 決 定 金 額 | 円       | * 通 知   | 年 月 日   |
|           |         | * 支 払   | 年 月 日   |

[注意事項] 裏面参照。

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*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。
- 2 「5 請求金額等」の欄の「請求対象年月」、「介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無」、「介護費用として支出した額」及び「請求月額」は、一ヶ月ごとに記入すること。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えないこと。
- 3 「7 介護に従事した者」の欄には、介護費用を支出せずに介護を受けた日がある場合に当該介護を行った者について記入すること。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えないこと。
- 4 「8 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 5 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書（ただし、2回目以後の請求において介護を要する状態の常時又は随時の別に変更がない場合には、省略することができるものであること。）
  - (2) 介護補償を受けようとする期間における介護の事実並びに当該介護に従事した者の氏名及び請求者との続柄又は関係を記載した書類（ただし、2回目以後の請求において一ヶ月に介護費用を支出せずに介護を受けた日があり当該介護を行う者が前回の請求における介護補償請求書に記載された者と変更がない場合で、当該月に係る介護補償の請求月額が75,290円（随時介護を要する状態にあるときは37,600円。）であるときには、その月に係る当該書類の添付を省略することができるものであること。）
  - (3) 介護費用を支出して介護を受けた日がある場合は、当該介護を受けた年月日及び時間並びに当該介護費用として一ヶ月に支出した額を証明することができる書類（ただし、2回目以後の請求において一ヶ月に介護費用を支出せず介護を受けた日がある場合で、当該月に係る介護補償の請求月額が75,290円（随時介護を要する状態にあるときは37,600円。）であるときには、その月に係る当該書類の添付を省略することができるものであること。）
- 6 年月日の記載には元号を用いる。

様式第14号

遺族補償年金請求書  
 遺族特別支給金申請書  
 遺族特別援護金申請書  
 遺族特別給付金申請書

1号紙

|   |  |  |   |             |   |         |
|---|--|--|---|-------------|---|---------|
|   |  | 認定番号   |   |             |   |         |
| 地方公務員災害補償基金   |  | 請求(申請)年月日  |   | 年 月 日       |   |         |
| 支部長 殿<br>下記の遺族補償年金<br>(遺族特別支給金)<br>(遺族特別援護金)<br>(遺族特別給付金)<br>を請求<br>(申請) します。   |  | 請求(申請)者<br>(代表者)の住所<br>フリガナ<br>氏 名<br>死亡職員との続柄<br>個人番号 |   |             |   |         |
| 1<br>関<br>死<br>す<br>亡<br>る<br>職<br>事<br>員<br>項<br>に   | 所属団体名  | フリガナ<br>氏 名  |   | 年 月 日生 ( 歳) |   |         |
|   | 所属部局名  | 負傷又は発病の年月日   |   |             |   |         |
|   | 職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員  | 死亡年月日  |   | 年 月 日       |   |         |
| 2 請求の事由   | <input type="checkbox"/> 職員の死亡 <input type="checkbox"/> 先順位者の失権 <input type="checkbox"/> 胎児であった子の出生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明                         |  |   |             |   |         |
| 3<br>請<br>求<br>者<br>及<br>び<br>遺<br>族<br>補<br>償<br>年<br>金<br>を<br>受<br>け<br>る<br>こ<br>と<br>が<br>で<br>き<br>る<br>遺<br>族            | 氏 名  | 生年月日   | 年齢  | 住 所         | 死亡職員との続柄  | 備 考     |
|   |  |  |   |             |   | 請・代・障・生 |
|   |  |  |   |             |   | 請・代・障・生 |
|   |  |  |   |             |   | 請・代・障・生 |
| 4<br>既<br>に<br>遺<br>族<br>補<br>償<br>年<br>金<br>を<br>受<br>け<br>て<br>い<br>る<br>者  | 氏 名  | 生年月日   | 年齢  | 住 所         | 死亡職員との続柄  | 備 考     |
|   |  |  |   |             |   |         |
| 5<br>遺<br>族<br>補<br>償<br>年<br>金<br>請<br>求<br>金<br>額<br>の<br>計<br>算  | (平均給与額)  |  | (乗ずべき数)                                     |             | 円 × _____ × $\frac{1}{_____}$ = _____ 円<br>(受給権者の数) |         |
| 6<br>遺<br>族<br>補<br>償<br>年<br>金<br>請<br>求<br>金<br>額   | <input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合   |  |   |             |   | 円       |
| 7<br>他<br>法<br>年<br>金<br>の<br>受<br>給<br>関<br>係  | <input type="checkbox"/> _____ の被保険者であった。 <input type="checkbox"/> 被保険者ではなかった。   |  |   |             |   |         |
| 8<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>支<br>給<br>金<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>援<br>護<br>金<br>申<br>請<br>金<br>額<br>の<br>計<br>算                      | 遺族特別支給金  |  | 遺族特別援護金                                     |             |   |         |
|   | 3,000,000 円 × $\frac{1}{_____}$ = _____ 円<br>(受給権者の数)  |  | 円 × $\frac{1}{_____}$ = _____ 円<br>(受給権者の数) |             |   |         |
| 9<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>給<br>付<br>金<br>申<br>請<br>金<br>額<br>の<br>計<br>算   | (平均給与額)  |  | (乗ずべき数)                                     |             |   |         |
|   | (A) _____ 円 × _____ × $\frac{20}{100}$ × $\frac{1}{_____}$ = _____ 円<br>(受給権者の数)   |  | (乗ずべき数)                                     |             |   |         |
| (B) 1,500,000 円 × $\frac{1}{365}$ × $\frac{1}{_____}$ = _____ 円<br>(受給権者の数)   |  |  |   |             |   |         |
| 10<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>支<br>給<br>金<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>援<br>護<br>金<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>給<br>付<br>金<br>申<br>請<br>金<br>額 | <input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合<br><input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合  |  | 遺族特別支給金                                     |             | 円   |         |
|   |  |  | 遺族特別援護金                                     |             | 円   |         |
|   |  | 遺族特別給付金  |   | 円           |   |         |
| 11<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等   | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>(本請求(申請)書に記載の個人番号を利用して公金受取口座との情報連携を行うことに同意する。)   |  |   |             |   |         |
|   | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する<br>金融機関名 _____ 本支店等名 _____ 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 _____ 口座名義人 氏名(フリガナ) _____ |  |   |             |   |         |
|   | <input type="checkbox"/> その他   |  |   |             |   |         |

[注意事項] 裏面参照。

|                               |   |   |            |     |      |   |
|-------------------------------|---|---|------------|-----|------|---|
| * 受理<br>(到達した年月日)             | 所属部局  |   | 任命権者       |     | 基金支部 |   |
|                               | 年   | 月 | 日          | 年   | 月    | 日 |
| * 年金決定年額                      | <input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合<br><br><input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合 | 円 | * 年金証書の番号  | 第 号 |      |   |
| * 決定金額                        |   | 円 | * 年金支給開始年月 | 年   | 月    |   |
| * 特別支給金<br>* 特別援護金<br>* 特別給付金 |   | 円 | * 特別支給金の支払 | 年   | 月    | 日 |
| * 通知                          | 年   |   | 月          | 日   |      |   |

〔注意事項〕

- 請求（申請）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。
- 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する請求者の個人番号を記入すること。
- 「3 請求者及び遺族補償年金を受けることができる遺族」の欄の「備考」は、その者が請求者であるときは「請」、その者が代表者であるときは「代」、その者が地方公務員災害補償法施行規則（昭和42年自治省令第27号。以下「規則」という。）第29条に定める障害の状態にあるときは「障」を○で囲むとともに、その者が請求者と生計を同じくしているときは「生」についても○で囲むこと。
- 「4 既に遺族補償年金を受けている者」の欄は、「2 請求の事由」の欄において「職員の死亡」以外の事由を選択した場合には記入すること。
- 「6 遺族補償年金請求金額」の欄には、受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合には、「5 遺族補償年金請求金額の計算」の欄に記入した金額、代表者を選任した場合には、当該金額に受給権者の数を乗じて得た額のいずれかを記入すること。
- 「7 他法年金の受給関係」の欄は、死亡職員又は請求者が遺族補償年金と同一の事由により地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号。以下「令」という。）附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□\_\_\_\_\_の被保険者であった。」を選択するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。なお、この請求書を提出するときに、その年金の種類、年額及び支給開始年月等を記載した書類を添付すること。ただし、基金が情報提供ネットワークシステムを利用することによりその事実を確認できるときは添付する必要はないこと。また、この請求書に係る年金の支給決定後に令附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受けることとなった場合には、速やかにその旨書面で報告すること。
- 令第1条に規定する職員に係る「9 遺族特別給付金申請金額の計算」の欄の記入については、別に定めるところによること。
  - 遺族特別支給金
  - 遺族特別援護金申請金額の欄の遺族特別支給金の金額、遺族特別援護金の金額及び遺族特別給付金の金額には、代表者を遺族特別給付金  
 選任した場合には、「8 遺族特別支給金申請金額の計算」及び「9 遺族特別給付金申請金額の計算」の欄に記入したそれぞれの金額（遺族特別給付金については、（A）の金額又は（A）の金額が（B）の金額を超える場合は（B）の金額）に受給権者の数を乗じて得た額を記入すること。
- 「11 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に、当該職員の死亡について公務災害又は通勤災害の認定請求書が提出されているときは、（1）及び（8）に掲げる書類、また、遺族補償年金の支給が行われていたときは、
  - （1）、（3）及び（8）に掲げる書類は添付する必要はないこと。
  - 職員の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他職員の死亡の事実及びその死亡が公務又は通勤により生じたものであることを証明する書類又はその写し
  - 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族の氏名及び死亡職員との続柄に関する市区町村長の発行する証明書
  - 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - 請求者が、婚姻の届出をしていないが、職員の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - 請求者が妻1人で、規則第29条に定める障害の状態にあるとき（55歳以上の場合を除く。）は、その者が職員の死亡の時以後当該障害の状態にあったこと及び当該障害の状態が生じ、又はその事情がなくなった時を証明する医師の診断書その他の書類
  - 請求者（前号を除く。）又は請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が規則第29条に定める障害の状態にある者であるときは、その者が職員の死亡の当時から引き続きその障害の状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類
  - 請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が請求者と生計を同じくしているときは、その事実を認めることのできる書類
  - 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所（第三者の氏名及び住所がわからないときは、その旨）を記載した書類
  - 請求者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の請求者の同意書等その者が代表者であることを認めることのできる書類、また、代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類
- この申請書には、申請者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の申請者の同意書等その者が代表者であることを認めることのできる書類、また、代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類を添付すること。ただし、11の（9）に掲げる書類と同じ書類については、添付する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。

様式第15号

〔特殊公務災害・国際緊急  
援助活動特例災害関係〕

遺族補償年金請求書  
遺族特別支給金申請書  
遺族特別援護金申請書  
遺族特別給付金申請書

1号紙

|   |  |  |  |  |          |         |
|---|--|--|--|--|----------|---------|
| 地方公務員災害補償基金   |  | 請求(申請)年月日  |  | 年  | 月        | 日       |
| 支部長 殿<br>下記の遺族補償年金<br>(遺族特別支給金)<br>(遺族特別援護金)<br>(遺族特別給付金)<br>を請求<br>(申請) します。   |  | 請求(申請)者<br>(代表者)の住所<br>フリガナ<br>氏 名<br>死亡職員との続柄<br>個人番号                         |  |  |          |         |
| 1<br>関<br>死<br>す<br>る<br>職<br>事<br>員<br>項<br>に  | 所属団体名  | フリガナ<br>氏 名  |  |  |          |         |
|   | 所属部局名  | 年 月 日生 ( 歳)  |  |  |          |         |
|   | 職 名  | <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員<br>死亡年月日 年 月 日 |  |  |          |         |
| 2 請求の事由   | <input type="checkbox"/> 職員の死亡 <input type="checkbox"/> 先順位者の失権 <input type="checkbox"/> 胎児であった子の出生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明                         |  |  |  |          |         |
| 3<br>請<br>求<br>者<br>及<br>び<br>遺<br>族<br>補<br>償<br>年<br>金<br>を<br>受<br>け<br>る<br>こ<br>と<br>が<br>で<br>き<br>る<br>遺<br>族            | 氏 名  | 生年月日   | 年齢   | 住 所  | 死亡職員との続柄 | 備 考     |
|   |  |  |  |  |          | 請・代・障・生 |
|   |  |  |  |  |          | 請・代・障・生 |
|   |  |  |  |  |          | 請・代・障・生 |
| 4<br>既<br>に<br>遺<br>族<br>補<br>償<br>年<br>金<br>を<br>受<br>け<br>て<br>い<br>る<br>者  | 氏 名  | 生年月日   | 年齢   | 住 所  | 死亡職員との続柄 | 備 考     |
|   |  |  |  |  |          |         |
| 5<br>遺<br>族<br>補<br>償<br>年<br>金<br>請<br>求<br>金<br>額<br>の<br>計<br>算  | (平均給与額)  |  | (乗ずべき数)  |  |          | 円       |
|   |  | 円 ×  |  | × $\frac{150}{100} \times \frac{1}{100} =$ |          | 円       |
|   |  |  |  | (受給権者の数)                                   |          |         |
| 6<br>遺<br>族<br>補<br>償<br>年<br>金<br>請<br>求<br>金<br>額   | <input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合   |  |  |  |          | 円       |
| 7<br>他<br>法<br>年<br>金<br>の<br>受<br>給<br>関<br>係  | <input type="checkbox"/> の被保険者であった。 <input type="checkbox"/> 被保険者ではなかった。   |  |  |  |          |         |
| 8<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>支<br>給<br>金<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>援<br>護<br>金<br>申<br>請<br>金<br>額<br>の<br>計<br>算                      | 遺族特別支給金  |  |  | 遺族特別援護金                                    |          |         |
|   | 3,000,000 円 × $\frac{1}{100} =$  |  |  | 円 × $\frac{1}{100} =$                      |          |         |
|   |  | (受給権者の数)   |  | (受給権者の数)                                   |          | 円       |
| 9<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>給<br>付<br>金<br>申<br>請<br>金<br>額<br>の<br>計<br>算   | (平均給与額)  |  | (乗ずべき数)  |  |          | 円       |
|   | (A)  |  | 円 × $\frac{150}{100} \times \frac{20}{100} \times \frac{1}{100} =$ |  |          | 円       |
|   |  | (乗ずべき数)  |  | (受給権者の数)                                   |          |         |
| (B)   |  | 1,500,000 円 × $\frac{1}{365} \times \frac{1}{100} =$                           |  |  | 円        |         |
|   |  | (受給権者の数)   |  | (受給権者の数)                                   |          |         |
| 10<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>支<br>給<br>金<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>援<br>護<br>金<br>遺<br>族<br>特<br>別<br>給<br>付<br>金<br>申<br>請<br>金<br>額 | <input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合   |  |  | 遺族特別支給金                                    |          | 円       |
|   | <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合  |  |  | 遺族特別援護金                                    |          | 円       |
|   |  |  | 遺族特別給付金  |  | 円        |         |
| 11<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等   | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>(本請求(申請)書に記載の個人番号を利用して公金受取口座との情報連携を行うことに同意する。)   |  |  |  |          |         |
|   | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する<br>金融機関名 ..... 本支店等名 ..... 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 ..... 口座名義人 氏名(フリガナ) ..... |  |  |  |          |         |
|   | <input type="checkbox"/> その他   |  |  |  |          |         |

〔注意事項〕裏面参照。

|                            |  |   |      |            |      |   |   |
|----------------------------|--|---|------|------------|------|---|---|
| * 受理<br>(到達した年月日)          | 所属部局   |   | 任命権者 |            | 基金支部 |   |   |
|                            | 年  | 月   | 日    | 年          | 月    | 日 |   |
| * 年金決定年額                   | * 決定金額   | <input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合<br><input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合 | 円    | * 通        | 知    | 年 |   |
| 特別支給金                      |  |   | 円    | * 年金証書の番号  |      | 第 | 号 |
| 特別援護金                      |  |   | 円    | * 年金支給開始年月 |      | 年 | 月 |
| 特別給付金                      |  |   | 円    | * 特別給付金    |      |   |   |
| * 特殊公務災害<br>* 国際緊急援助活動特例災害 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |   |      | * 特別支給金の支払 |      | 年 |   |
|                            |  |   |      | * 特別援護金    |      | 月 |   |
|                            |  |   |      |            |      | 日 |   |

〔注意事項〕

- この請求（申請）書は、特殊公務災害又は国際緊急援助活動特例災害による遺族補償年金、遺族特別支給金、遺族特別援護金及び遺族特別給付金を請求（申請）する場合に用いること。
- 請求（申請）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。
- 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する請求者の個人番号を記入すること。
- 「3 請求者及び遺族補償年金を受けることができる遺族」の欄の「備考」は、その者が請求者であるときは「請」、その者が代表者であるときは「代」、その者が地方公務員災害補償法施行規則（昭和42年自治省令第27号。以下「規則」という。）第29条に定める障害の状態にあるときは「障」を○で囲むとともに、その者が請求者と生計を同じくしているときは「生」についても○で囲むこと。
- 「4 既に遺族補償年金を受けている者」の欄は、「2 請求の事由」の欄において「職員の死亡」以外の事由を選択した場合に記入すること。
- 「6 遺族補償年金請求金額」の欄には、受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合には、「5 遺族補償年金請求金額の計算」の欄に記入した金額、代表者を選任した場合には、当該金額に受給権者の数を乗じて得た額のいずれかを記入すること。
- 「7 他法年金の受給関係」の欄は、死亡職員又は請求者が遺族補償年金と同一の事由により地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号。以下「令」という。）附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□\_\_\_\_\_」の被保険者であった。」を選択するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。なお、この請求書を提出するときに、その年金の種類、年額及び支給開始年月等を記載した書類を添付すること。ただし、基金が情報提供ネットワークシステムを利用することによりその事実を確認できるときは添付する必要はないこと。また、この請求書に係る年金の支給決定後に令附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受けることとなった場合には、速やかにその旨書面で報告すること。
- 令第1条に規定する職員に係る「9 遺族特別給付金申請金額の計算」の欄の記入については、別に定めるところによること。
  - 遺族特別支給金
  - 遺族特別援護金申請金額
 の欄の遺族特別支給金の金額、遺族特別援護金の金額及び遺族特別給付金の金額には、代表者を選任した場合には、「8 遺族特別支給金申請金額の計算」及び「9 遺族特別給付金申請金額の計算」の欄に記入したそれぞれの金額（遺族特別給付金については、（A）の金額又は（A）の金額が（B）の金額を超える場合は（B）の金額）に受給権者の数を乗じて得た額を記入すること。
- 「11 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に、当該職員の死亡について公務災害認定請求書が提出されているときは、（1）及び（8）に掲げる書類、また、遺族補償年金の支給が行われていたときは、（1）、（3）、（8）及び（10）に掲げる書類は添付する必要はないこと。
  - 職員の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他職員の死亡の事実及びその死亡が公務上の事由により生じたものであることを証明する書類又はその写し
  - 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族の氏名及び死亡職員との続柄に関する市区町村長の発行する証明書
  - 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - 請求者が、婚姻の届出をしていないが、職員の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - 請求者が妻1人で、規則第29条に定める障害の状態にあるとき（55歳以上の場合を除く。）は、その者が職員の死亡の時以後当該障害の状態にあったこと及び当該障害の状態が生じ、又はその事情がなくなった時を証明する医師の診断書その他の書類
  - 請求者（前号を除く。）又は請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が規則第29条に定める障害の状態にある者であるときは、その者が職員の死亡の当時から引き続きその障害の状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類
  - 請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が請求者と生計を同じくしているときは、その事実を認めることのできる書類
  - 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所（第三者の氏名及び住所がわからないときは、その旨）を記載した書類
  - 請求者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の請求者の同意書等その者が代表者であることを認めることのできる書類、また、代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類
  - 災害が地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号）第46条の特殊公務災害又は令第10条の国際緊急援助活動特例災害に該当するものであることを証明する書類
- この申請書には、申請者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の申請者の同意書等その者が代表者であることを認めることのできる書類、また、代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類を添付すること。ただし、12の（9）に掲げる書類と同じ書類については、添付する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。

様式第16号

障害補償年金差額一時金請求書  
障害差額特別給付金申請書

1号紙

|  |               |  |              |              |         |
|--|---------------|--|--------------|--------------|---------|
|  |               | 認定番号   |              |              |         |
| 地方公務員災害補償基金<br><br>支部長 殿<br><br>下記の障害補償年金差額一時金（障害差額特別給付金）を請求（申請）します。   |               | 請求（申請）年月日 年 月 日<br><br>請求（申請）者の住所<br><br>フリガナ 氏 名<br><br>死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係 |              |              |         |
| 1  | 所属団体名         | フリガナ 氏 名   |              |              |         |
|  | 所属部局名         | 年 月 日生（ 歳）   |              |              |         |
|  | 職 名           | <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員                  |              | 年金証書の番号 第 号  |         |
|  |               | 死亡年月日 年 月 日  |              |              |         |
|  | 既存障害とその程度     | 死亡時の障害等級 第 級   |              |              |         |
| 2 障害補償年金差額一時金（障害差額特別給付金）の請求（申請）金額の計算   |               |  |              |              |         |
| （1）障害補償年金（障害特別給付金）が支給されていた場合   |               |  |              |              |         |
| 支給年月   | の総務大臣が定める率（A） | 障害補償年金   |              | 障害特別給付金      |         |
| 属する年度  |               | 支給された年金額（B）  | （B）×（A）      | 支給された給付金額（C） | （C）×（A） |
| 年度   |               | 円  | 円            | 円            | 円       |
| 年度   |               | 円  | 円            | 円            | 円       |
| 年度   |               | 円  | 円            | 円            | 円       |
| 年度   |               | 円  | 円            | 円            | 円       |
| 年度   |               | 円  | 円            | 円            | 円       |
| 年度   |               | 円  | 円            | 円            | 円       |
| 年度   |               | 円  | 円            | 円            | 円       |
| 計  |               | 円（D）   |              | 円（E）         |         |
| （2）障害補償年金前払一時金が支給されていた場合   |               |  |              |              |         |
| 支給年月日  |               | 支給された前払一時金の額（F）  | 総務大臣が定める率（G） |              | （F）×（G） |
| 年 月 日  |               | 円  |              |              | 円（H）    |
| 支給された障害補償年金等の合計（D）+（H）   |               |  |              |              | 円（I）    |
| 受給権者（支給を受ける者）の氏名   |               |  | 死亡職員との続柄又は関係 |              |         |
|  |               |  | 請・生          |              |         |
| （障害補償年金差額一時金の額）  |               |  |              |              |         |
| 〔船員の場合〕  |               |  |              |              |         |
| （平均給与額）（乗すべき数（ア））（平均給与額）（乗すべき数（イ））（I）  |               |  |              |              |         |
| $\left\{ \begin{array}{l} \text{円} \times \text{ア} + (\text{円} \times \text{イ}) - \text{円} \end{array} \right\} \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$         |               |  |              |              |         |
| （障害差額特別給付金の額）  |               |  |              |              |         |
| （a）〔船員の場合〕   |               |  |              |              |         |
| （平均給与額）（乗すべき数（ア））（平均給与額）（乗すべき数（イ））（E）  |               |  |              |              |         |
| $\left[ \left\{ \text{円} \times \text{ア} + (\text{円} \times \text{イ}) \right\} \times \frac{20}{100} - \text{円} \right] \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$ |               |  |              |              |         |
| （b）（乗すべき数（ア））（E）   |               |  |              |              |         |
| $\left( 1,500,000 \text{円} \times \frac{\text{ア}}{365} - \text{円} \right) \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$   |               |  |              |              |         |

〔注意事項〕裏面参照。

|                              |                                      |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |   |
|------------------------------|--------------------------------------|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|---|
| 3 障害補償年金差額一時金の請求金額           |                                      |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 円 |
| 4 障害差額特別給付金の申請金額             |                                      |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  | 円 |
| 送金希望口座等                      | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |   |
|                              | 個人番号                                 |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |   |
|                              | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する  |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |   |
|                              | 金融機関名                                | 本支店等名 |  |  |  |                | 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |  |  |  |  |   |
|                              | 口座番号                                 |       |  |  |  | 口座名義人 氏名(フリガナ) |  |  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> その他 |                                      |       |  |  |  |                |  |  |  |  |  |   |

|                   |         |   |   |      |      |   |      |   |   |   |
|-------------------|---------|---|---|------|------|---|------|---|---|---|
| * 受理<br>(到達した年月日) | 所属部局    |   |   | 任命権者 |      |   | 基金支部 |   |   |   |
|                   | 年       | 月 | 日 | 年    | 月    | 日 | 年    | 月 | 日 |   |
| * 決定金額            | 差額一時金   |   |   | 円    | * 通知 |   |      | 年 | 月 | 日 |
|                   | 差額特別給付金 |   |   | 円    |      |   |      | 年 | 月 | 日 |
|                   | 合計      |   |   | 円    | * 支払 |   |      | 年 | 月 | 日 |

〔注意事項〕

- 請求(申請)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。
- 「1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項」の欄の「既存障害とその程度」は、既存の障害の程度を加重した場合のみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 「2 障害補償年金差額一時金(障害差額特別給付金)の請求(申請)金額の計算」の欄の「総務大臣が定める率(A)」又は「総務大臣が定める率(G)」には、地方公務員災害補償法施行規則(昭和42年自治省令第27号)附則第3条の3の規定により総務大臣が定める率を記入すること。
- 「2 障害補償年金差額一時金(障害差額特別給付金)の請求(申請)金額の計算」の欄の「死亡職員との続柄又は関係」には、その者が請求(申請)者であるときは「請」を、その者が死亡した障害補償年金の受給権者と生計を同じくしていた者であるときは「生」を、○で囲むこと。
- 「2 障害補償年金差額一時金(障害差額特別給付金)の請求(申請)金額の計算」の欄の「(障害補償年金差額一時金の額)」及び「(障害差額特別給付金の額)」の「(乗すべき数(ア))」には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法(昭和42年法律第121号)附則第5条の2第1項の表の下欄に掲げる平均給与額に乘すべき数を、「(乗すべき数(イ))」には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法施行令(昭和42年政令第274号。以下「令」という。)附則第1条の3各号に掲げる平均給与額に乘すべき数を、それぞれ記入すること。
- 令第1条に規定する職員に係る「2 障害補償年金差額一時金(障害差額特別給付金)の請求(申請)金額の計算」の欄の「(障害差額特別給付金の額)」の記入については、別に定めるところによること。
- 「4 障害差額特別給付金の申請金額」の欄には、「2 障害補償年金差額一時金(障害差額特別給付金)の請求(申請)金額の計算」の欄の「(障害差額特別給付金の額)」の(a)の金額( a)の金額が(b)の金額を超える場合には、(b)の金額)を記入すること。
- 「5 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 「平均給与額算定書(2号紙)」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に、他の補償の請求に関し、すでに提出されている書類又はその写しについては、添付の必要はないこと。
  - 障害補償年金の受給権者の死亡診断書、死体検案書、検視調査書その他当該障害補償年金の受給権者の死亡の事実を証明する書類又はその写し
  - 請求者と死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係に関する市区町村長の発行する証明書
  - 請求者が、婚姻の届出をしていないが、障害補償年金の受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - 請求者が、障害補償年金の受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹であるときは、障害補償年金の受給権者の死亡の当時生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
  - 請求者が配偶者以外の者であるときは、他に先順位者のないことを証明する書類
  - 請求者が、死亡した障害補償年金の受給権者の遺言又はその任命権者(地方独立行政法人の職員にあっては、当該地方独立行政法人の理事長)に対する予告により特に指定された者であるときは、これを証明する書類
- 年月日の記載には元号を用いる。

様式第17号

〔特殊公務災害・国際緊急援助活動特例災害関係〕

障害補償年金差額一時金請求書  
障害差額特別給付金申請書

1号紙

認定番号

|  |  |
|--|--|
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>下記の障害補償年金差額一時金（障害差額特別給付金）を請求（申請）します。 | 請求（申請）年月日<br>年 月 日<br>請求（申請）者の住所<br>フリガナ<br>氏 名<br>死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係 |
|--|--|

|                            |   |                             |
|----------------------------|---|-----------------------------|
| 1<br>者償死に年亡関しすのたる受障害事給害項権補 | 所属団体名   | フリガナ<br>氏 名                 |
|                            | 所属部局名   | 年 月 日生（ 歳）                  |
|                            | 職 名   | 年金証書の番号 第 号                 |
|                            | <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員 | 死亡年月日 年 月 日<br>死亡時の障害等級 第 級 |
| 既存障害とその程度                  |   |                             |

2 障害補償年金差額一時金（障害差額特別給付金）の請求（申請）金額の計算

(1) 障害補償年金（障害特別給付金）が支給されていた場合

| 支給月の所属する年度 | 総務大臣が定める率(A) | 障害補償年金      |           | 障害特別給付金      |           |
|------------|--------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
|            |              | 支給された年金額(B) | (B) × (A) | 支給された給付金額(C) | (C) × (A) |
| 年度         |              | 円           | 円         | 円            | 円         |
| 年度         |              | 円           | 円         | 円            | 円         |
| 年度         |              | 円           | 円         | 円            | 円         |
| 年度         |              | 円           | 円         | 円            | 円         |
| 年度         |              | 円           | 円         | 円            | 円         |
| 年度         |              | 円           | 円         | 円            | 円         |
| 年度         |              | 円           | 円         | 円            | 円         |
| 年度         |              | 円           | 円         | 円            | 円         |
| 年度         |              | 円           | 円         | 円            | 円         |
| 計          |              |             | 円(D)      |              | 円(E)      |

(2) 障害補償年金前払一時金が支給されていた場合

|                           |                 |              |           |
|---------------------------|-----------------|--------------|-----------|
| 支給年月日                     | 支給された前払一時金の額(F) | 総務大臣が定める率(G) | (F) × (G) |
| 年 月 日                     | 円               |              | 円(H)      |
| 支給された障害補償年金等の合計 (D) + (H) |                 |              | 円(I)      |
| 受給権者（支給を受ける者）の氏名          |                 | 死亡職員との続柄又は関係 |           |
|                           |                 | 請・生          |           |

(障害補償年金差額一時金の額)

〔船員の場合〕

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{(平均給与額)} \text{ (乗ずべき数 (ア))} \text{ (1+割増率)} \\ \text{円} \times \text{ (乗ずべき数 (イ))} \text{ (I)} \end{array} \right\} \times \frac{1}{\text{(受給権者の数)}} = \text{円}$$

(障害差額特別給付金の額)

〔船員の場合〕

(a)

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{(平均給与額)} \text{ (乗ずべき数 (ア))} \text{ (1+割増率)} \\ \text{円} \times \text{ (乗ずべき数 (イ))} \text{ (E)} \end{array} \right\} \times \frac{20}{100} - \text{円} \times \frac{1}{\text{(受給権者の数)}} = \text{円}$$

(b)

$$\left( \text{1,500,000 円} \times \frac{\text{(乗ずべき数 (ア))}}{365} - \text{円} \right) \times \frac{1}{\text{(受給権者の数)}} = \text{円}$$

〔注意事項〕裏面参照。

|         |                                      |                 |  |
|---------|--------------------------------------|-----------------|--|
| 3       | 障害補償年金差額一時金の請求金額                     |                 | 円  |
| 4       | 障害差額特別給付金の申請金額                       |                 | 円  |
| 送金希望口座等 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する |                 |  |
|         | 個人番号                                 |                 |  |
|         | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する  |                 |  |
|         | 金融機関名                                | 本支店等名           | 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |
|         | 口座番号                                 | 口座名義人 氏名 (フリガナ) |  |
|         | <input type="checkbox"/> その他         |                 |  |

|                   |         |   |                              |                             |                              |       |
|-------------------|---------|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------|
| * 受理<br>(到達した年月日) | 所属部局    |   | 任命権者                         |                             | 基金支部                         |       |
|                   | 年       | 月 | 日                            | 年                           | 月                            | 日     |
| * 決定金額            | 差額一時金   | 円 | 特殊公務災害<br>* 国際緊急援助<br>活動特例災害 | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |       |
|                   | 差額特別給付金 | 円 | * 通 知                        |                             |                              | 年 月 日 |
|                   | 合 計     | 円 | * 支 払                        |                             |                              | 年 月 日 |

〔注意事項〕

- この請求（申請）書は、特殊公務災害又は国際緊急援助活動特例災害による障害補償年金差額一時金及び障害差額特別給付金を請求（申請）する場合に用いること。
- 請求（申請）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。
- 「1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項」の欄の「既存障害とその程度」は、既存の障害の程度を加重した場合のみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 「2 障害補償年金差額一時金（障害差額特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「総務大臣が定める率（A）」又は「総務大臣が定める率（G）」には、地方公務員災害補償法施行規則（昭和42年自治省令第27号）附則第3条の3の規定により総務大臣が定める率を記入すること。
- 「2 障害補償年金差額一時金（障害差額特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「死亡職員との続柄又は関係」には、その者が請求（申請）者であるときは「請」を、その者が死亡した障害補償年金の受給権者と生計を同じくしていた者であるときは「生」を、○で囲むこと。
- 「2 障害補償年金差額一時金（障害差額特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「（障害補償年金差額一時金の額）」及び「（障害差額特別給付金の額）」の「（乗すべき数（ア）」）には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号）附則第5条の2第1項の表の下欄に掲げる平均給与額に乗すべき数を、「（乗すべき数（イ）」）には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号。以下「令」という。）附則第1条の3各号に掲げる平均給与額に乗すべき数を、それぞれ記入すること。
- 令第1条に規定する職員に係る「2 障害補償年金差額一時金（障害差額特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「（障害差額特別給付金の額）」の記入については、別に定めるところによること。
- 「4 障害差額特別給付金の申請金額」の欄には、「2 障害補償年金差額一時金（障害差額特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「（障害差額特別給付金の額）」の（a）の金額（（a）の金額が（b）の金額を超える場合には、（b）の金額）を記入すること。
- 「5 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に、他の補償の請求に関し、すでに提出されている書類又はその写しについては、添付の必要はないこと。
  - 障害補償年金の受給権者の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他当該障害補償年金の受給権者の死亡の事実を証明する書類又はその写し
  - 請求者と死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係に関する市区町村長の発行する証明書
  - 請求者が、婚姻の届出をしていないが、障害補償年金の受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - 請求者が、障害補償年金の受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹であるときは、障害補償年金の受給権者の死亡の当時生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
  - 請求者が配偶者以外の者であるときは、他に先順位者のないことを証明する書類
  - 請求者が、死亡した障害補償年金の受給権者の遺言又はその任命権者（地方独立行政法人の職員にあっては、当該地方独立行政法人の理事長）に対する予告により特に指定された者であるときは、これを証明する書類
- 年月日の記載には元号を用いる。

様式第18号

障害補償年金前払一時金請求書

認定番号

|   |        |             |   |   |
|---|--------|-------------|---|---|
| 地方公務員災害補償基金<br>..... 支部長 殿<br>下記の障害補償年金前払一時金を請求します。 | 請求年月日  | 年           | 月 | 日 |
|   | 請求者の住所 | フリガナ<br>氏 名 |   |   |

|        |   |   |
|--------|---|---|
| 1 障害等級 | 第 | 級 |
|--------|---|---|

|             |  |
|-------------|--|
| 2 既存障害とその程度 |  |
|-------------|--|

|                            |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|
| 3 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日 | 年 | 月 | 日 |
|----------------------------|---|---|---|

|           |   |   |
|-----------|---|---|
| 4 年金証書の番号 | 第 | 号 |
|-----------|---|---|

|   |   |    |    |   |
|---|---|----|----|---|
| 5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額 | 年 | 月分 | から |   |
|   | 年 | 月分 | まで | 円 |

|                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| 6 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等 | <input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額   | (1) 限度額を選択した場合<br>(平均給与額) (乗ずべき数)<br>円 × = 円 |
|                                | 平均給与額の<br><input type="checkbox"/> 1,200日分<br><input type="checkbox"/> 1,000日分<br><input type="checkbox"/> 800日分<br><input type="checkbox"/> 600日分<br><input type="checkbox"/> 400日分<br><input type="checkbox"/> 200日分 | (2) 限度額以外を選択した場合<br>(平均給与額)<br>円 × 日分 = 円    |
|                                | 請求金額 円   |  |

|         |                                      |       |       |  |           |  |                             |                             |  |  |  |  |
|---------|--------------------------------------|-------|-------|--|-----------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|--|--|--|
| 送金希望口座等 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する | 個人番号  |       |  |           |  |                             |                             |  |  |  |  |
|         | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する  | 金融機関名 | 本支店等名 |  | 口座種別      |  | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 当座 |  |  |  |  |
|         |                                      | 口座番号  | 口座名義人 |  | 氏名 (フリガナ) |  |                             |                             |  |  |  |  |
|         | <input type="checkbox"/> その他         |       |       |  |           |  |                             |                             |  |  |  |  |

|                |       |       |       |
|----------------|-------|-------|-------|
| * 受理 (到達した年月日) | 所属部局  | 任命権者  | 基金支部  |
|                | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| * 決定金額         | 円     | * 通知  | 年 月 日 |
|                |       | * 支払  | 年 月 日 |

[注意事項]

- 1 請求者は、\*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。
- 2 「2 既存障害とその程度」の欄は、新たに既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 3 「5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額」の欄は、障害補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。
- 4 「7 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 5 年月日の記載には元号を用いる。

様式第19号

遺族補償年金前払一時金請求書

認定番号

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>.....<br>下記の遺族補償年金前払一時金を請求します。 |  | 請求年月日<br>年 月 日   |   |
|  |  | 請求者（代表者）の住所<br>.....<br>フリガナ<br>氏 名<br>.....<br>死亡職員との続柄<br>.....  |   |
| 1  | 遺族補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日   | 年  | 月 日   |
| 2  | 年金証書の番号  | 第  | 号   |
| 3  | 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額  | 年 月分から<br>年 月分まで   | 円   |
| 4  | 代表者の選任等  | <input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合<br><input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合  |   |
| 5  | 請求者（代表者）が選択する遺族補償年金前払一時金の請求金額の計算等  | 平均給与額の<br><input type="checkbox"/> 1,000日分<br><input type="checkbox"/> 1,080日分<br><input type="checkbox"/> 800日分<br><input type="checkbox"/> 600日分<br><input type="checkbox"/> 400日分<br><input type="checkbox"/> 200日分 | (1) 請求額<br>(平均給与額)<br>円 × 日分 × $\frac{1}{\text{受給権者の数}}$<br>= 円<br>(2) 請求額の合計額<br>((1)の請求額) (受給権者の数)<br>円 × = 円 |
| 6  | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>個人番号 <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する<br>金融機関名 ..... 本支店等名 ..... 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 ..... 口座名義人 氏名(フリガナ) .....<br><input type="checkbox"/> その他                         |   |
| * 受理   | 所属部局   | 任命権者   | 基金支部  |
| (到達した年月日)  | 年 月 日  | 年 月 日  | 年 月 日   |
| * 決定金額   | 円  | * 通知   | 年 月 日   |
|  |  | * 支払   | 年 月 日   |

[注意事項]

- 1 請求者は、\*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。
- 2 「3 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額」の欄は、遺族補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。
- 3 「6 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 4 この請求書には、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、その旨を証明する書類、また、代表者を選任しないときは、その旨を記載した書類を添付すること。
- 5 年月日の記載には元号を用いる。

遺族補償一時金請求書  
 遺族特別支給金申請書  
 遺族特別援護金申請書  
 遺族特別給付金申請書

|  |   |                        |  |
|--|---|------------------------|--|
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>.....<br>下記の遺族補償一時金<br>(遺族特別支給金)<br>(遺族特別援護金) を<br>(遺族特別給付金)<br>請求 (申請) します。 |   | 認定番号                   | 請求 (申請) 年月日 年 月 日<br>請求 (申請) 者の住所<br>.....<br>フリガナ<br>氏 名<br>.....<br>死亡職員との続柄又は関係 |
| 1  | 所属団体名   | フリガナ<br>氏 名            |  |
|  | 所属部局名   | 年 月 日生 ( 歳)            |  |
|  | 職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員 | 負傷又は発病の年月日<br>年 月 日    |  |
|  |   | 死亡年月日<br>年 月 日         |  |
| 2 遺族補償一時金 (遺族特別給付金) の請求 (申請) 金額の計算   |   |                        |  |
| (1) 遺族補償年金 (遺族特別給付金) が支給されていた場合  |   |                        |  |
| 年金の受給権者であった者の氏名  | 年金証書の番号   | 支給された年金額の合計            | 支給された特別給付金額の合計   |
|  | 第 号   | 円                      | 円  |
|  | 第 号   | 円                      | 円  |
|  | 第 号   | 円                      | 円  |
| 計  |   | 円                      | 円  |
| 支給月の属する年度  | 総務大臣が定める率 (A)   | 遺族補償年金<br>支給された年金額 (B) | 遺族特別給付金<br>(B) × (A) 支給された給付金額 (C) (C) × (A)                                       |
| 年度   |   | 円                      | 円 円  |
| 年度   |   | 円                      | 円 円  |
| 年度   |   | 円                      | 円 円  |
| 年度   |   | 円                      | 円 円  |
| 年度   |   | 円                      | 円 円  |
| 年度   |   | 円                      | 円 円  |
| 計  |   | 円 (D)                  | 円 (E)  |
| (2) 遺族補償年金前払一時金が支給されていた場合  |   |                        |  |
| 支給年月日  | 支給された前払一時金の額 (F)  | 総務大臣が定める率 (G)          | (F) × (G)  |
| 年 月 日  | 円   |                        | 円 (H)  |
| 支給された遺族補償年金等の合計 (D) + (H)  |   | 円 (I)                  |  |
| 受給権者 (支給を受ける者) の氏名   | 生 年 月 日   | 死亡職員との続柄又は関係           |  |
|  | 年 月 日   |                        |  |
|  | 年 月 日   |                        |  |
|  | 年 月 日   |                        |  |
| (遺族補償一時金の額)  |   |                        |  |
| (平均給与額) (乗ずべき数 (ア)) (I)  |   |                        |  |
| ( 円 × - 円 ) × $\frac{1}{(受給権者の数)}$ =   |   | 円                      |  |
| (遺族特別給付金の額)  |   |                        |  |
| (a) (平均給与額) (乗ずべき数 (ア)) (E)  |   |                        |  |
| ( 円 × $\times \frac{20}{100}$ - 円 ) × $\frac{1}{(受給権者の数)}$ =   |   | 円                      |  |
| (b) (乗ずべき数 (イ)) (E)  |   |                        |  |
| ( 1,500,000 円 × $\frac{1}{365}$ - 円 ) × $\frac{1}{(受給権者の数)}$ =                                       |   | 円                      |  |

[注意事項] 裏面参照。

|                              |                    |                                      |  |       |  |       |                                  |          |  |  |  |             |  |  |  |  |
|------------------------------|--------------------|--------------------------------------|--|-------|--|-------|----------------------------------|----------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|
| 3                            | 遺族補償一時金の請求金額       |                                      |  |       |  |       |                                  |          |  |  |  | 円           |  |  |  |  |
| 4                            | 遺族特別支給金<br>遺族特別援護金 | 申請金額                                 |  |       |  |       | 遺族特別支給金（総額）                      |          |  |  |  | 遺族特別援護金（総額） |  |  |  |  |
|                              |                    | 円× $\frac{1}{\text{（受給権者の数）}}$ =     |  |       |  |       | 円× $\frac{1}{\text{（受給権者の数）}}$ = |          |  |  |  | 円           |  |  |  |  |
| 5                            | 遺族特別給付金の申請金額       |                                      |  |       |  |       |                                  |          |  |  |  | 円           |  |  |  |  |
| 6                            | 送金希望口座等            | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する |  |       |  |       |                                  |          |  |  |  |             |  |  |  |  |
|                              |                    | 個人番号 <input type="text"/>            |  |       |  |       |                                  |          |  |  |  |             |  |  |  |  |
|                              |                    | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する  |  |       |  |       |                                  |          |  |  |  |             |  |  |  |  |
|                              |                    | 金融機関名                                |  |       |  | 本支店等名 |                                  |          |  | 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |  |             |  |  |  |  |
| 口座番号                         |                    |                                      |  | 口座名義人 |  |       |                                  | 氏名（フリガナ） |  |  |  |             |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他 |                    |                                      |  |       |  |       |                                  |          |  |  |  |             |  |  |  |  |

| * 受理<br>(到達した年月日) | 所属部局  |   |   | 任命権者 |   |   | 基金支部 |   |   |
|-------------------|-------|---|---|------|---|---|------|---|---|
|                   | 年     | 月 | 日 | 年    | 月 | 日 | 年    | 月 | 日 |
| * 決定金額            | 一時金   | 円 |   | * 通知 | 年 |   | 月    |   | 日 |
|                   | 特別支給金 | 円 |   |      | 年 |   | 月    |   | 日 |
|                   | 特別援護金 | 円 |   |      | 年 |   | 月    |   | 日 |
|                   | 特別給付金 | 円 |   | * 支払 | 年 |   | 月    |   | 日 |
|                   | 合計    | 円 |   |      | 年 |   | 月    |   | 日 |

〔注意事項〕

- 請求（申請）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。
- 「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「年金の受給権者であった者の氏名」及び「受給権者（支給を受ける者）の氏名」は、すべての受給権者について記入すること。
- 「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「（1）遺族補償年金（遺族特別給付金）が支給されていた場合」は、この請求（申請）書提出前に当該補償（遺族特別給付金の支給）の事由となった職員の死亡に係る遺族補償年金（遺族特別給付金）の支給が行われていた場合にのみ記入すること。
- 「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「総務大臣が定める率（A）」又は「総務大臣が定める率（G）」には、地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号）第36条第2項の規定により総務大臣が定める率を記入すること。
- 「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「（遺族補償一時金の額）」及び「（遺族特別給付金の額）」の「（乗すべき数（ア）」）には、遺族の区分に応ずる地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号。以下「令」という。）附則第2条各号に掲げる平均給与額に乗すべき数又は令附則第2条の2に掲げる平均給与額に乗すべき数を、「（乗すべき数（イ）」）には、遺族の区分に応ずる令附則第2条各号に掲げる平均給与額に乗すべき数を、それぞれ記入すること。
- 令第1条に規定する職員に係る「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「（遺族特別給付金の額）」の記入については、別に定めるところによること。
- 「4 遺族特別支給金 申請金額」の欄の「遺族特別支給金（総額）」及び「遺族特別援護金（総額）」には、地方公務員災害補償基金業務規程（昭和42年地基規程第1号。以下「規程」という。）第29条の7第2項各号に掲げる額のうち申請者の該当するもの及び規程第29条の9第2項各号に掲げる額のうち申請者の該当するものを、それぞれ記入すること。
- 「5 遺族特別給付金の申請金額」の欄には、「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「（遺族特別給付金の額）」の（a）の金額（a）の金額が（b）の金額を超える場合には（b）の金額を記入すること。
- 「6 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に、当該職員の死亡について、公務災害又は通勤災害の認定請求書が提出されているとき又は遺族補償年金の支給が行われていたときは、（1）及び（8）に掲げる書類は添付する必要はないこと。
  - 職員の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他職員の死亡の事実及びその死亡が公務又は通勤により生じたものであることを証明する書類又はその写し
  - 請求者と死亡職員との続柄又は関係に関する市区町村長の発行する証明書
  - 請求者が、婚姻の届出をしていないが、職員の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - 職員の死亡に係る遺族補償年金を受けることができる遺族がなく、かつ、請求者に先順位者のないことを証明する書類
  - 請求者が死亡職員の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、兄弟姉妹であるときは、職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - 請求者が配偶者並びに死亡職員の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、兄弟姉妹以外の者で、主として死亡職員の収入によって生計を維持していた者であるときは、職員の死亡の当時主としてその収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - 請求者が、死亡職員の遺言又はその任命権者（地方独立行政法人の職員にあつては、当該地方独立行政法人の理事長）に対する予告により特に指定された者であるときは、これを証明する書類
  - 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所（第三者の氏名及び住所がわからないときは、その旨）を記載した書類
- 年月日の記載には元号を用いる。

様式第24号

〔特殊公務災害・国際緊急  
援助活動特例災害関係〕

遺族補償一時金請求書  
遺族特別支給金申請書  
遺族特別援護金申請書  
遺族特別給付金申請書

1号紙

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>下記の遺族補償一時金<br>遺族特別支給金<br>遺族特別援護金<br>遺族特別給付金<br>を<br>請求（申請）します。  |  | 認定番号                            | 請求（申請）年月日 年 月 日<br>請求（申請）者の住所<br>フリガナ<br>氏 名<br>死亡職員との続柄又は関係 |
| 1<br>関死<br>する<br>職<br>事<br>員<br>に   | 所属団体名  | フリガナ<br>氏 名                     |  |
|   | 所属部局名  | 年 月 日生（ 歳）                      |  |
|   | 職 名<br><input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員 | 負傷又は発病の年月日 年 月 日<br>死亡年月日 年 月 日 |  |
| 2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算  |  |                                 |  |
| (1) 遺族補償年金（遺族特別給付金）が支給されていた場合   |  |                                 |  |
| 年金の受給権者であった者の氏名   | 年金証書の番号  | 支給された年金額の合計                     | 支給された特別給付金額の合計   |
|   | 第 号  | 円                               | 円  |
|   | 第 号  | 円                               | 円  |
|   | 第 号  | 円                               | 円  |
| 計   |  | 円                               | 円  |
| 支給月の<br>属する年度   | 総務大臣が<br>定める率（A）   | 遺族補償年金<br>支給された年金額（B）           | 遺族特別給付金<br>（B）×（A）<br>支給された給付金額（C）<br>（C）×（A）                |
| 年度  |  | 円                               | 円  |
| 計   |  | 円（D）                            | 円（E）   |
| (2) 遺族補償年金前払一時金が支給されていた場合   |  |                                 |  |
| 支給年月日   | 支給された前払一時金の額（F）  | 総務大臣が定める率（G）                    | （F）×（G）  |
| 年 月 日   | 円  |                                 | 円（H）   |
| 支給された遺族補償年金等の合計   |  | （D）+（H）                         | 円（I）   |
| 受給権者（支給を受ける者）の氏名  |  | 生 年 月 日                         | 死亡職員との続柄又は関係   |
|   |  | 年 月 日                           |  |
|   |  | 年 月 日                           |  |
|   |  | 年 月 日                           |  |
|   |  | 年 月 日                           |  |
| (遺族補償一時金の額)   |  |                                 |  |
| (平均給与額) (乗すべき数 (ア)) (平均給与額) [令附則第2条の2の場合] (乗すべき数 (イ)) (I)<br>$\left\{ \left[ \text{円} \times \frac{150}{100} + \left\{ \text{円} \times (1,080 - \quad) \right\} \right] - \text{円} \right\}$ $\times \frac{1}{\text{(受給権者の数)}} = \text{円}$  |  |                                 |  |
| (遺族特別給付金の額)   |  |                                 |  |
| (a) (平均給与額) (乗すべき数 (ア)) (平均給与額) [令附則第2条の2の場合] (乗すべき数 (イ)) (I)<br>$\left\{ \left[ \left\{ \text{円} \times \frac{150}{100} + \left\{ \text{円} \times (1,080 - \quad) \right\} \right\} \times \frac{20}{100} \right] - \text{円} \right\}$ $\times \frac{1}{\text{(受給権者の数)}} = \text{円}$ |  |                                 |  |
| (b) (乗すべき数 (イ)) (E)<br>$\left( \text{円} \times \frac{1,500,000}{365} - \text{円} \right) \times \frac{1}{\text{(受給権者の数)}} = \text{円}$  |  |                                 |  |

〔注意事項〕裏面参照。

|                              |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|
| 3 遺族補償一時金の請求金額               |  |  | 円  |
| 4 遺族特別支給金<br>遺族特別援護金 申請金額    | 遺族特別支給金（総額）<br>円 × $\frac{1}{\text{（受給権者の数）}}$ = 円 | 遺族特別援護金（総額）<br>円 × $\frac{1}{\text{（受給権者の数）}}$ = 円 | 円  |
| 5 遺族特別給付金の申請金額               |  |  | 円  |
| 6 送金希望口座等                    | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する               |  |  |
|                              | 個人番号 <input type="text"/>                          |  |  |
|                              | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する                |  |  |
|                              | 金融機関名  | 本支店等名  | 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |
| 口座番号                         | 口座名義人 氏名（フリガナ）                                     |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他 |  |  |  |

| * 受理<br>(到達した年月日) | 所属部局  |   |   | 任命権者                         |  |   | 基金支部 |   |   |
|-------------------|-------|---|---|------------------------------|--|---|------|---|---|
|                   | 年     | 月 | 日 | 年                            | 月  | 日 | 年    | 月 | 日 |
| * 決定金額            | 一時金   | 円 |   | 特殊公務災害<br>* 国際緊急援助<br>活動特例災害 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |   |      |   |   |
|                   | 特別支給金 | 円 |   |                              |  |   |      |   |   |
|                   | 特別援護金 | 円 |   | * 通知                         | 年 月 日  |   |      |   |   |
|                   | 特別給付金 | 円 |   |                              |  |   |      |   |   |
|                   | 合計    | 円 |   | * 支払                         | 年 月 日  |   |      |   |   |

[注意事項]

- この請求（申請）書は、特殊公務災害又は国際緊急援助活動特例災害による遺族補償一時金、遺族特別支給金、遺族特別援護金及び遺族特別給付金を請求（申請）する場合に用いること。
- 請求（申請）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。
- 「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「年金の受給権者であった者の氏名」及び「受給権者（支給を受ける者）の氏名」は、すべての受給権者について記入すること。
- 「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「（1）遺族補償年金（遺族特別給付金）が支給されていた場合」は、この請求（申請）書提出前に当該補償（遺族特別給付金の支給）の事由となった職員の死亡に係る遺族補償年金（遺族特別給付金）の支給が行われていた場合にのみ記入すること。
- 「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「総務大臣が定める率（A）」又は「総務大臣が定める率（G）」には、地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号。以下「法」という。）第36条第2項の規定により総務大臣が定める率を記入すること。
- 「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「（遺族補償一時金の額）」及び「（遺族特別給付金の額）」の「（乗すべき数（ア）」）には、遺族の区分に応ずる地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号。以下「令」という。）附則第2条各号に掲げる平均給与額に乘すべき数又は令附則第2条の2に掲げる平均給与額に乘すべき数を、「（乗すべき数（イ）」）には、遺族の区分に応ずる令附則第2条各号に掲げる平均給与額に乘すべき数を、それぞれ記入すること。
- 令第1条に規定する職員に係る「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「（遺族特別給付金の額）」の記入については、別に定めるところによること。
- 「4 遺族特別支給金 申請金額」の欄の「遺族特別支給金（総額）」及び「遺族特別援護金（総額）」には、地方公務員災害補償基金業務規程（昭和42年地基規程第1号。以下「規程」という。）第29条の7第2項各号に掲げる額のうち申請者の該当するもの及び規程第29条の9第2項各号に掲げる額のうち申請者の該当するものを、それぞれ記入すること。
- 「5 遺族特別給付金の申請金額」の欄には、「2 遺族補償一時金（遺族特別給付金）の請求（申請）金額の計算」の欄の「（遺族特別給付金の額）」の（a）の金額（（a）の金額が（b）の金額を超える場合には（b）の金額）を記入すること。
- 「6 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に、当該職員の死亡について、公務災害又は通勤災害の認定請求書が提出されているときは、（1）及び（8）に掲げる書類、また、遺族補償年金の支給が行われていたときは、（1）、（8）及び（9）に掲げる書類は添付する必要はないこと。
  - 職員の死亡診断書、死体検案書、検視調査書その他職員の死亡の事実及びその死亡が公務又は通勤により生じたものであることを証明する書類又はその写し
  - 請求者と死亡職員との続柄又は関係に関する市区町村長の発行する証明書
  - 請求者が、婚姻の届出をしていないが、職員の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - 職員の死亡に係る遺族補償年金を受けることができる遺族がなく、かつ、請求者に先順位者のないことを証明する書類
  - 請求者が死亡職員の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、兄弟姉妹であるときは、職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - 請求者が配偶者並びに死亡職員の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、兄弟姉妹以外のもので、主として死亡職員の収入によって生計を維持していた者であるときは、職員の死亡の当時主としてその収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - 請求者が、死亡職員の遺言又はその任命権者（地方独立行政法人の職員にあっては、当該地方独立行政法人の理事長）に対する予告により特に指定された者であるときは、これを証明する書類
  - 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所（第三者の氏名及び住所がわからないときは、その旨）を記載した書類
  - 災害が法第46条の特殊公務災害又は令第10条の国際緊急援助活動特例災害に該当するものであることを証明する書類
- 年月日の記載には元号を用いる。

葬祭補償請求書

認定番号

|  |  |   |                  |
|--|--|---|------------------|
| 地方公務員災害補償基金<br>..... 支部長 殿<br>下記の葬祭補償を請求します。 |  | 請求年月日 年 月 日<br>請求者の住所<br>.....<br>フリガナ 氏 名<br>.....<br>死亡職員との続柄又は関係 |                  |
| 1<br>関死する職<br>事員に<br>項に                      | 所属団体名  | フリガナ 氏 名<br>.....<br>年 月 日生 ( 歳)                                    |                  |
|  | 所属部局名  | 負傷又は発病の年月日<br>.....<br>年 月 日  |                  |
|  | 職 名<br><input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員   | 死亡年月日<br>.....<br>年 月 日   |                  |
|  |  |   |                  |
| 2<br>金葬<br>額の<br>補償<br>算請<br>求               | (A) (平均給与額)<br>..... 円 + ..... 円 × 30 = ..... 円  |   |                  |
|  | (B) (平均給与額)<br>..... 円 × 60 = ..... 円  |   |                  |
|  | (C) (A)、(B)のうち高い金額 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)   |   |                  |
| 3 葬祭補償請求金額 ..... 円                           |  |   |                  |
| 4<br>送金希<br>望口座<br>等                         | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>個人番号 .....   |   |                  |
|  | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する<br>金融機関名 ..... 本支店等名 ..... 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 ..... 口座名義人 氏名(フリガナ) ..... |   |                  |
|  | <input type="checkbox"/> その他   |   |                  |
|  |  |   |                  |
| * 受 理<br>(到達した年月日)                           | 所 属 部 局<br>年 月 日   | 任 命 権 者<br>年 月 日  | 基 金 支 部<br>年 月 日 |
| * 決 定 金 額 ..... 円                            | * 通 知 ..... 年 月 日  | * 支 払 ..... 年 月 日   |                  |

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*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。
- 2 「4 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 3 「平均給与額算定書(2号紙)」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。ただし、この請求書と併せて遺族補償の請求書を提出する場合において、当該遺族補償の請求に係る平均給与額算定書の(L)欄に記入した最高限度額又は最低限度額の適用がないときに限り、記入する必要はないこと。
- 4 年月日の記載には元号を用いる。

様式第26号

未支給の補償請求書  
未支給の福祉事業申請書

認定番号

|                               |             |   |   |   |
|-------------------------------|-------------|---|---|---|
| 地方公務員災害補償基金                   | 請求（申請）年月日   | 年 | 月 | 日 |
| 支部長 殿                         | 請求（申請）者の住所  |   |   |   |
| 下記の未支給の補償（福祉事業）の支給を請求（申請）します。 | フリガナ<br>氏 名 |   |   |   |
| 死亡した受給権者との関係                  |             |   |   |   |

|            |       |                            |
|------------|-------|----------------------------|
| 1 死亡した受給権者 | 氏 名   |                            |
|            | 死亡年月日 | 年 月 日                      |
| 2 未支給の補償   | 種 類   | 〔年金たる補償のときは年金証書の番号〕<br>第 号 |
|            | 請求金額  | 円                          |
| 3 未支給の福祉事業 | 種 類   |                            |
|            | 申請金額  | 円                          |

|         |                                      |                |
|---------|--------------------------------------|----------------|
| 送金希望口座等 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する |                |
|         | 個人番号                                 |                |
|         | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する  |                |
|         | 金融機関名                                | 本支店等名          |
|         | 口座番号                                 | 口座名義人 氏名（フリガナ） |
|         | <input type="checkbox"/> その他         |                |

|           |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|
| * 受理      | 所属部局  | 任命権者  | 基金支部  |
| (到達した年月日) | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| * 決定金額    | 補 償   | 円     | * 通 知 |
|           | 福祉事業  | 円     | * 支 払 |
|           |       |       | 年 月 日 |

〔注意事項〕

- この請求（申請）書は、未支給の補償及び福祉事業を請求（申請）する場合に用いること。
- 請求（申請）者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 「4 送金希望口座等」の欄は、請求（申請）者が希望するいずれか一つの方法の□にレ印を記入すること。なお、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、請求者が、未支給の補償と併せて遺族補償又は葬祭補償を請求する場合には、当該遺族補償又は葬祭補償を請求するために提出すべき書類と同じ書類については、添付する必要はないこと。
  - 死亡受給権者の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他死亡受給権者の死亡の事実を証明する書類又はその写し（未支給の補償が年金たる補償であるとき又は未支給の福祉事業が傷病特別給付金、年金たる障害特別給付金若しくは年金たる遺族特別給付金であるときは、基金が住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第30条の9の規定によりその者に係る機構保存本人確認情報の提供を受けることができるときは、この限りでない。）
  - 未支給の補償が遺族補償年金以外の補償であるときは、次に掲げる書類
    - 請求者と死亡受給権者との続柄に関する市区町村長の発行する証明書
    - 請求者が死亡受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
    - 請求者が、婚姻の届出をしていないが、死亡受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - 請求者が配偶者以外の者であるときは、他に先順位者のないことを証明する書類
  - 死亡受給権者が、この請求に係る未支給の補償分について未だ請求をしていなかったときは、その請求を行うこととした場合に必要書類
- この申請書には、4の（1）から（4）に掲げる書類に相当する書類を添付すること。ただし、補償又は福祉事業の請求又は申請のため、この申請書の提出前にすでに支部長に提出されている書類と同じ書類については、添付する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。

福祉事業〔外科後処置アフターケア〕申請書

認定番号
[ ] 新規 [ ] 継続 第 回

地方公務員災害補償基金
申請年月日 年 月 日
支部長 殿
申請者の住所
フリガナ 氏 名

1 所属団体名
所属部局名 (電話番号)
職 名 [ ] 常 勤 [ ] 令第1条職員
フリガナ 氏 名
年 月 日生 ( 歳)
負傷又は発病の年月日 年 月 日
治 ゆ 年 月 日 年 月 日
障 害 等 級 第 級

2 外科後処置等を必要とする理由 別添「診断書」のとおり

3 この申請書による外科後処置等の費用の受領を 委任します。
委任者の氏名
上記委任に基づき、この申請書による外科後処置等の費用の支払を請求します。
受任者の { 医療機関等の名称
所在地
氏名(代表者名)}

4 診 療 費 内訳は「\*13 医師の証明」欄記載のとおり 円

5 調 剤 費 内訳は「\*14 薬剤師の証明」欄記載のとおり 円

6 看 護 料 [ ] 訪問看護 内訳は「\*15 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり 円
年 月 日から 日間 [ ] 看護師の資格 [ ] 有 [ ] 無
年 月 日まで

7 移 送 費 [ ] 交通費 [ ] 片道 [ ] 往復 回
から まで km
[ ] その他の移送費

8 上記以外の診療費 円

9 日 当 (外科後処置に限る) 年 月 日から 日間 円
年 月 日まで

10 申 請 金 額 円

11 外科後処置等を受けようとする医療機関
名 称
所 在 地

12 [ ] 公金受取口座を利用する
個人番号
[ ] 任意の口座を指定する
金融機関名 本支店等名
口座種別 [ ] 普通 [ ] 当座 口座番号
口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ)
氏名(フリガナ)
[ ] その他

\* 受 理 所 属 部 局 任 命 権 者 基 金 支 部
(到達した年月日) 年 月 日 年 月 日 年 月 日

\* 決 定 金 額 円 \* 通 知 [ ] 支 給 [ ] 不 支 給 \* 支 払 年 月 日

[注意事項] 裏面参照。

〔注意事項〕

- 1 申請者は、\*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。
- 2 新たに外科後処置等の福祉事業を受けようとする場合は、当該福祉事業の実施を認める旨の医師等の証明書を添付すること。
- 3 「3 費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 4 「6 看護料」及び「7 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 5 「8 上記以外の診療費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「4 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「12 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 7 「\*13 医師の証明」、「\*14 薬剤師の証明」又は「\*15 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師等、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 8 年月日の記載には元号を用いる。

|   |           |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
|---|-----------|----------|---|-----|---|---|-----|----|-------|---|--|
| <b>*13 医師の証明</b>  |           | (職員氏名)   |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 診療時の症状  |           |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 診療期間  |           | 年        | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | 日間 | 診療実日数 | 日 |  |
| 診療費の内訳  |           |          |   |     |   |   |     |    | 金額(円) |   |  |
| 初診  |           |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 再診  |           |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 在宅  |           |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 投薬  | 内服        |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
|   | 屯服        |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
|   | 外用        |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
|   | 調剤        |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
|   | 処方        |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 注射  | 麻毒        |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
|   | 調基        |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
|   | 皮下筋肉内     |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 処置  | 静脈内       |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
|   | その他       |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 手術・麻酔   |           |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 検査  |           |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 画像診断  |           |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| その他   |           |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 入院  | 入院期間      | 年        | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | 日間 |       |   |  |
|   | 病・診・衣     | 入院基本料・加算 |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
|   | 特定入院料・その他 |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
|   | 食事        | 基準       |   |     |   |   |     |    |       |   |  |
| 診療費の合計額   |           |          |   |     |   |   |     |    |       | 円 |  |
| <p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>診療機関の</p> <p>             { 名称<br/>             所在地<br/>             医師の氏名         </p> |           |          |   |     |   |   |     |    |       |   |  |



|  |              |           |           |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
|--|--------------|-----------|-----------|----------|----------------|--|--------------------------------|-----|----|----|-----|----|----|----|
| <b>*15 訪問看護事業者の証明</b>                  |              | (職員氏名)    |           |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
| 傷病名                                    |              | (訪問看護期間)  |           |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
|  |              | 年         | 月         | 日から      |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
|  |              | 年         | 月         | 日まで      |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
| 傷病の経過                                  |              | 訪問看護の回数 回 |           |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
| 基本療養費<br>(I)<br>(II)                   | 保健師、助産師、看護師  | 円         | ×         | 回        | 円              | 指示期間   |                                |     |    |    |     |    |    |    |
|  |              |           |           |          |                | 年  | 月                              | 日から | 年  | 月  | 日まで |    |    |    |
|  | 准看護師         | 円         | ×         | 回        | 円              | (特別指示期間)                                     |                                |     |    |    |     |    |    |    |
|  |              |           |           |          |                | 年  | 月                              | 日から | 年  | 月  | 日まで |    |    |    |
|  | 専門の研修を受けた看護師 | 円         | ×         | 回        | 円              | 主治医への直近報告年月日 年 月 日                           |                                |     |    |    |     |    |    |    |
| 加算                                     | 理学療法士、作業療法士等 | 円         | ×         | 回        | 円              | 訪問日  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
|  |              |           |           |          |                | 1  | 2                              | 3   | 4  | 5  | 6   | 7  |    |    |
|  |              |           |           |          |                | 8  | 9                              | 10  | 11 | 12 | 13  | 14 |    |    |
|  |              |           |           |          |                | 15   | 16                             | 17  | 18 | 19 | 20  | 21 |    |    |
| 管理療養費                                  | 管理療養費        | 円         | +         |          | 円              | ×  | 日                              |     |    |    |     |    |    |    |
|  |              |           |           |          |                |  |                                | 22  | 23 | 24 | 25  | 26 | 27 | 28 |
|  | 管理療養費の加算     |           |           |          |                |  |                                | 29  | 30 | 31 |     |    |    |    |
| 情報提供療養費                                |              | 円         | 提供した情報の概要 |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
| ターミナルケア療養費                             | 死亡年月日 年 月 日  | 円         | 情報提供先の名称  |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
| 合計                                     |              | 円         |           |          | 基本療養費 (I) (II) |  | 1 緩和ケア 2 褥瘡ケア<br>3 人工肛門・人工膀胱ケア |     |    |    |     |    |    |    |
| (備考)                                   |              |           | 専門の研修     | 専門管理加算   |                | 1 緩和ケア 2 褥瘡ケア<br>3 人工肛門・人工膀胱ケア<br>4 特定行為 ( ) |                                |     |    |    |     |    |    |    |
|  |              |           |           | 手順書交付年月日 |                | 年 月 日  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
|  |              |           |           | 直近見直し年月日 |                | 年 月 日  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
|  |              |           |           |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
| 訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名               |              |           |           |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
| 医療機関の名称                                |              |           |           |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
| 主治医の氏名                                 |              |           |           |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。                 |              |           |           |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |
| 年 月 日<br>訪問看護事業者の { 名称<br>所在地<br>代表者氏名 |              |           |           |          |                |  |                                |     |    |    |     |    |    |    |

様式第43号

福祉事業（リハビリテーション）申請書

|                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 認定番号                        |                                 |
| <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 継続 第 回 |

|                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| 地方公務員災害補償基金                     | 申請年月日 年 月 日 |
| 支部長 殿                           | 申請者の住所      |
| 下記の福祉事業（リハビリテーション）を受けたいので申請します。 | フリガナ氏名      |

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| 1<br>関<br>被<br>す<br>災<br>害<br>事<br>員<br>に | 所属団体名  | フリガナ氏名                         |
|   | 所属部局名 (電話番号)   | 年 月 日生 ( 歳)                    |
|   | 職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 | 負傷又は発病の年月日 年 月 日               |
|   | 傷病名及び障害の部位   | 治 癒 年 月 日 年 月 日<br>障 害 等 級 第 級 |

2 リハビリテーションを必要とする理由 別添「医師等の証明書」のとおり

| 3<br>内<br>容 | 種 類 | 期 間                | 金 額 (円) |     |     |       |     | 計 |
|-------------|-----|--------------------|---------|-----|-----|-------|-----|---|
|             |     |                    | 訓練指導料   | 宿泊料 | 食事料 | サービス料 | その他 |   |
|             |     | 年 月 日から<br>年 月 日まで |         |     |     |       |     |   |
|             |     | 年 月 日から<br>年 月 日まで |         |     |     |       |     |   |
|             |     | 年 月 日から<br>年 月 日まで |         |     |     |       |     |   |

4 申請金額 円

5 希望する施設 名称 所在地

6 旅行費の申請  有  無

7  公金受取口座を利用する

送金希望口座等

個人番号

任意の口座を指定する

金融機関名 本支店等名 口座種別  普通  当座

口座番号 口座名義人 氏名(フリガナ)

その他

|             |  |         |             |
|-------------|--|---------|-------------|
| * 受 理       | 所 属 部 局  | 任 命 権 者 | 基 金 支 部     |
| (到達した年月日)   | 年 月 日  | 年 月 日   | 年 月 日       |
| * 決 定 金 額 円 | * 通 知 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 | 年 月 日   | * 支 払 年 月 日 |

〔注意事項〕

- 1 申請者は、\*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。
- 2 新たにリハビリテーションを受けようとする場合は、その実施を必要と認める旨の医師等の証明書を添付すること。
- 3 リハビリテーションに要する額を予定できる場合は、その予定額を記入すること。
- 4 「7 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 5 年月日の記載には元号を用いる。

様式第44号

福祉事業（補装具）申請書

認定番号

|   |   |
|---|---|
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>.....<br>下記の福祉事業（補装具の）<br><input type="checkbox"/> 支給<br><input type="checkbox"/> 修理<br><input type="checkbox"/> 再支給<br>を受け<br>たいので申請します。 | 申請年月日 年 月 日<br>申請者の住所<br>.....<br>フリガナ<br>氏 名 |
|---|---|

|  |   |  |
|--|---|--|
| 1<br>関<br>被<br>災<br>者<br>の<br>職<br>事<br>員<br>に | 所属団体名   | フリガナ<br>氏 名  |
|  | 所属部局名   | 年 月 日生（ 歳）   |
|  | 職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員 | 負傷又は発病の年月日 年 月 日<br>治 ゆ 年 月 日 年 月 日  |
|  | 傷病名及び<br>障害の部位  | <input type="checkbox"/> 傷病等級（第 級 第 号）<br><input type="checkbox"/> 障害等級（第 級 第 号）<br>決定年月日 年 月 日<br>（年金証書の番号 第 号） |

|   |     |   |   |
|---|-----|---|---|
| 2<br>と<br>補<br>装<br>具<br>を<br>必<br>要<br>と<br>す<br>る<br>理<br>由 | 理由  |   |   |
|   | 種 別 |   |   |
|   | 個 数 | 個 | 個 |
|   | 単 価 | 円 | 円 |
|   | 金 額 | 円 | 円 |

|             |       |
|-------------|-------|
| 3 装着又は修理年月日 | 年 月 日 |
|-------------|-------|

|                |   |
|----------------|---|
| 4 補装具の費用の支給申請額 | 円 |
|----------------|---|

|              |            |
|--------------|------------|
| 5 希望する製作修理業者 | 名 称<br>所在地 |
|--------------|------------|

|        |         |       |                   |            |
|--------|---------|-------|-------------------|------------|
| 6 採型指導 | 義肢採型指導料 | 円     | 採型指導を受け<br>たい医療機関 | 名 称<br>所在地 |
|        | 採型指導年月日 | 年 月 日 |                   |            |

|          |   |
|----------|---|
| 7 旅行費の申請 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|----------|---|

|                                      |                                      |   |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 8<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する |   |
|                                      | 個人番号                                 | .....   |
|                                      | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する  | 金融機関名 本支店等名 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 口座名義人 氏名（フリガナ） |
|                                      | <input type="checkbox"/> その他         |   |

|           |         |         |         |
|-----------|---------|---------|---------|
| * 受 理     | 所 属 部 局 | 任 命 権 者 | 基 金 支 部 |
| (到達した年月日) | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   |

|           |   |       |   |       |       |
|-----------|---|-------|---|-------|-------|
| * 決 定 金 額 | 円 | * 通 知 | 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 | * 支 払 | 年 月 日 |
|-----------|---|-------|---|-------|-------|

〔注意事項〕

- 申請者は、\*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。
- 「2 補装具を必要とする理由等」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師等の証明書を添付してもよいこと。
- 補装具に要する額を予定できる場合は、その予定額を記入すること。
- 「8 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。

様式第46号

福祉事業（在宅介護を行う介護人の派遣）申請書

認定番号

|   |  |  |                  |
|---|--|--|------------------|
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>.....<br>下記の福祉事業（在宅介護を行う介護人の派遣）<br>を受けたので申請します。 |  | 申請年月日<br>年 月 日   |                  |
|   |  | 申請者の住所<br>.....<br>フリガナ<br>氏 名   |                  |
| 1<br>関<br>被<br>す<br>災<br>害<br>職<br>事<br>員<br>に                          | 所属団体名  | フリガナ<br>氏 名  |                  |
|   | 所属部局名  | 年 月 日生（ 歳）<br>負傷又は発病の年月日 年 月 日   |                  |
|   | 職 名<br><input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第1条職員   | 申請者の受けて<br>いる年金の種類<br><input type="checkbox"/> 傷病補償年金（第 級）<br><input type="checkbox"/> 障害補償年金（第 級） |                  |
|   | 傷 病 名  | 年金証書の番号 第 号<br>居宅において介護<br>を開始した年月日 年 月 日  |                  |
| 2   | 派遣開始希望年月日又は最初に供与を受けた年月日  |  | 年 月 日            |
| 3<br>費<br>用<br>の<br>支<br>給<br>申<br>請                                    | 供与を受けた日時<br>年 月 日 時 分 ～ 時 分（ <input type="checkbox"/> 3時間、 <input type="checkbox"/> 6時間、 <input type="checkbox"/> 9時間）<br>年 月 日 時 分 ～ 時 分（ <input type="checkbox"/> 3時間、 <input type="checkbox"/> 6時間、 <input type="checkbox"/> 9時間）<br>年 月 日 時 分 ～ 時 分（ <input type="checkbox"/> 3時間、 <input type="checkbox"/> 6時間、 <input type="checkbox"/> 9時間） |  |                  |
|   | 費用総額（A） 円  |  |                  |
|   | うち自己負担額（賃金相当額の10分の3に相当する額）（B） 円  |  |                  |
|   | 申請金額（A）－（B） 円  |  |                  |
| 4<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等                                    | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>個人番号   |  |                  |
|   | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する<br>金融機関名 ..... 本支店等名 ..... 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 ..... 口座名義人 氏名（フリガナ）   |  |                  |
|   | <input type="checkbox"/> その他   |  |                  |
| * 受 理<br>(到達した年月日)  | 所 属 部 局<br>年 月 日   | 任 命 権 者<br>年 月 日   | 基 金 支 部<br>年 月 日 |
| * 決 定 金 額 円   | * 通 知<br><input type="checkbox"/> 支 給 <input type="checkbox"/> 不 支 給   |  | * 支 払 年 月 日      |

〔注意事項〕

- 申請者は、\*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。
- 「3 費用の支給申請」の欄は、介護人の派遣に必要な費用の支給を受けようとする場合にのみ記入すること。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えないこと。
- 介護人の派遣に必要な費用の支給を申請する場合には、申請金額に係る領収書及び明細書を添付すること。
- 「4 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。

様式第47号

福祉事業（奨学援護金）申請書

認定番号

|  |  |  |  |     |             |              |              |
|--|--|--|--|-----|-------------|--------------|--------------|
| 地方公務員災害補償基金<br>..... 支部長 殿<br>下記の奨学援護金の支給を申請します。   |  | 申請年月日 年 月 日<br>申請者の住所<br>.....<br>フリガナ<br>氏 名            |  |     |             |              |              |
| 1<br>関<br>申<br>請<br>者<br>に<br>関<br>する<br>事<br>項  | <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>傷病等級</td> <td>第 級</td> </tr> <tr> <td>第 級</td> <td></td> </tr> </table> | 傷病等級   | 第 級  | 第 級 |             | 年金証書の番号 第 号  | 年金支給開始年月 年 月 |
|  | 傷病等級   | 第 級  |  |     |             |              |              |
|  | 第 級  |  |  |     |             |              |              |
| <input type="checkbox"/> 障害補償年金 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>障害等級</td> <td>第 級</td> </tr> <tr> <td>第 級</td> <td></td> </tr> </table> | 障害等級   | 第 級  | 第 級  |     | 年金証書の番号 第 号 | 年金支給開始年月 年 月 |              |
| 障害等級   | 第 級  |  |  |     |             |              |              |
| 第 級  |  |  |  |     |             |              |              |
| <input type="checkbox"/> 遺族補償年金  | 年金証書の番号 第 号  | 年金支給開始年月 年 月   |  |     |             |              |              |
| 2<br>在<br>学<br>者<br>等<br>に<br>関<br>する<br>事<br>項  | 氏 名  |  |  |     |             |              |              |
|  | 生 年 月 日  | 年 月 日生   | 年 月 日生   |     |             |              |              |
|  | 住 所  |  |  |     |             |              |              |
|  | 申請者との続柄  |  |  |     |             |              |              |
|  | 学校等の名称   |  |  |     |             |              |              |
|  | 学 年  | 第 学年   | 第 学年   |     |             |              |              |
|  | 学校等の所在地  |  |  |     |             |              |              |
|  | 備 考  |  |  |     |             |              |              |
| * 3 承認・不承認   | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認   | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 |     |             |              |              |
| * 4 支給開始年月   | 年 月  | 年 月  | 年 月  |     |             |              |              |
| * 5 支給月額   | 円  | 円  | 円  |     |             |              |              |
| 6<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等   | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する   |  |  |     |             |              |              |
|  | 個人番号 <input type="text"/>  |  |  |     |             |              |              |
|  | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する<br>金融機関名 ..... 本支店等名 ..... 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 ..... 口座名義人 氏名（フリガナ）                                   |  |  |     |             |              |              |
|  | <input type="checkbox"/> その他   |  |  |     |             |              |              |
| * 受 理  | 所 属 部 局  | 任 命 権 者  | 基 金 支 部  |     |             |              |              |
| (到達した年月日)  | 年 月 日  | 年 月 日  | 年 月 日  |     |             |              |              |
| * 承 認  | 年 月 日  | * 通 知  | 年 月 日 * 承 認 金 額 円  |     |             |              |              |

〔注意事項〕

- 申請者は、\*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。
- 「1 申請者に関する事項」の欄の「年金証書の番号」は、この申請書を年金たる補償の請求書と併せて提出する場合は、記入する必要はないこと。
- 「6 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- この申請書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この申請書の提出前にすでに支部長に提出されたものと重複するものについては、添付する必要はないこと。
  - 在学者等（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程並びに特別支援学校の小学部及び中学部の在学者を除く。）の在学又は在籍を証明する書類
  - 専修学校の在学者にあつては、修業年限を証明することができる書類、公共職業能力開発施設又は職業能力開発総合大学の在学者にあつては、訓練課程の種類及び訓練期間を証明することができる書類、公共職業能力開発施設に準ずる施設において教育訓練等を受ける者にあつては、当該教育訓練等の内容を証明することができる書類（ただし、これらの書類が（1）に掲げる書類と兼ねることができる場合は、この限りでない。）
  - 申請者と在学者等とが生計を同じくしていることを認めることのできる書類
  - 在学者等が職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していたことを認めることのできる書類
- 新たに在学者等となった者がある場合は、この申請書により申請すること。この場合、「2 在学者等に関する事項」の欄の「備考」に、その理由等を記入すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。

様式第48号

福祉事業（就労保育援護金）申請書

認定番号

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| 地方公務員災害補償基金<br>..... 支部長 殿<br>下記の就労保育援護金の支給を申請します。 |   | 申請年月日 年 月 日<br>申請者の住所<br>.....<br>フリガナ 氏 名               |  |  |
| 1<br>関申<br>請者<br>の事<br>項                           | <input type="checkbox"/> 傷病補償年金   | 傷病等級<br>第 級  | 年金証書の番号 第 号<br>年金支給開始年月 年 月                              |  |
|  | <input type="checkbox"/> 障害補償年金   | 障害等級<br>第 級  | 年金証書の番号 第 号<br>年金支給開始年月 年 月                              |  |
|  | <input type="checkbox"/> 遺族補償年金   |  | 年金証書の番号 第 号<br>年金支給開始年月 年 月                              |  |
| 2<br>関申<br>請者<br>の事<br>項                           | 氏名  |  |  |  |
|  | 生年月日  | 年 月 日  | 年 月 日生   | 日生   |
|  | 住所  |  |  |  |
|  | 申請者との続柄又は関係   |  |  |  |
|  | 就労している会社等の名称・所在地  |  |  |  |
| 3<br>関保<br>育児<br>の事<br>項                           | 氏名  |  |  |  |
|  | 生年月日  | 年 月 日生 ( 歳)  | 年 月 日生 ( 歳)  | 年 月 日生 ( 歳)  |
|  | 住所  |  |  |  |
|  | 申請者との続柄   |  |  |  |
|  | 保育所等の名称   |  |  |  |
|  | 保育所等の所在地  |  |  |  |
|  | 備考  |  |  |  |
| 4  | 就労のため未就学の子等を保育所等に預けなければならない事情   |  |  |  |
| *5   | 承認・不承認  | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 |
| *6   | 支給開始年月  | 年 月  | 年 月  | 年 月  |
| 7<br>送金<br>希望<br>口座<br>等                           | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>個人番号  |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する<br>金融機関名 ..... 本支店等名 ..... 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 ..... 口座名義人 氏名 (フリガナ) |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> その他  |  |  |  |
| * 受理   | 所属部局  | 任命権者   | 基金支部   |  |
| (到達した年月日)  | 年 月 日   | 年 月 日  | 年 月 日  |  |
| * 承認   | 年 月 日   | * 通知   | 年 月 日  | * 承認金額 円   |

〔注意事項〕

- 申請者は、\*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。
- 「1 申請者に関する事項」の欄の「年金証書の番号」は、この申請書を年金たる補償の請求書と併せて提出する場合は、記入する必要はないこと。
- 「7 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- この申請書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この申請書の提出前にすでに支部長に提出されたものと重複するものについては、添付する必要はないこと。
  - 就労していることを証明する書類
  - 未就学の子を保育所等に預け、又は未就学の子が保育所等に預けられていることを証明する書類
  - 地方公務員災害補償基金業務規程（昭和42年地基規程第1号。以下「規程」という。）第29条の2第1項各号に掲げる場合に応じ、次に掲げる者が生計を同じくしていることを認めることのできる書類
    - 遺族補償年金の受給権者である未就学の児童と就労している者（規程第29条の2第1項第1号）
    - 遺族補償年金の受給権者と未就学の子（同項第2号）
    - 障害補償年金の受給権者と未就学の子（同項第3号）
    - 傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者と未就学の子及び就労している者（同項第4号）
- 新たに保育児となった者がある場合は、この申請書により申請すること。この場合、「3 保育児に関する事項」の欄の「備考」に、その理由等を記入すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。

様式第49号

傷病特別支給金申請書  
傷病特別給付金申請書

認定番号

|                               |             |   |   |   |
|-------------------------------|-------------|---|---|---|
| 地方公務員災害補償基金                   | 申請年月日       | 年 | 月 | 日 |
| 支部長 殿                         | 申請者の住所      |   |   |   |
| 下記の<br>〔傷病特別支給金〕<br>〔傷病特別給付金〕 | の支給を申請します。  |   |   |   |
|                               | フリガナ<br>氏 名 |   |   |   |

|   |       |             |                                 |
|---|-------|-------------|---------------------------------|
| 1<br>関<br>被<br>災<br>る<br>職<br>事<br>員<br>に | 所属団体名 | 職 名         | <input type="checkbox"/> 常 勤    |
|   | 所属部局名 | フリガナ<br>氏 名 | <input type="checkbox"/> 令第1条職員 |
|   |       | 年           | 月 日生 ( 歳)                       |

2 傷 病 等 級 第 級 第 号

3 傷病特別支給金申請金額 円

|   |   |   |
|---|---|---|
| 4<br>傷<br>病<br>特<br>別<br>給<br>付<br>金<br>申<br>請<br>金<br>額<br>の<br>計<br>算     | 〔特殊公務災害及び国際緊急<br>援助活動特例災害の場合〕   |   |
|   | (平均給与額) (日数) (1+割増率)  |   |
|   | (A) $\left\{ \text{円} \times \text{日数} \times \left[ 1 + \frac{\text{割増率}}{100} \right] \right\} \times \frac{20}{100} =$ | 円 |
| (B) $1,500,000 \text{ 円} \times \frac{\text{日数}}{365} =$                    | 円   |   |
| (C) $\left[ \text{円} \times 365 \times \frac{80}{100} \right] - \text{円} =$ | 円   |   |

5 傷病特別給付金申請金額 円

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 6<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する  |
|                                      | 個人番号  |
|                                      | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する   |
|                                      | 金融機関名 本支店等名 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座<br>口座番号 口座名義人 氏名(フリガナ) |
| <input type="checkbox"/> その他         |   |

|           |  |                |       |
|-----------|--|----------------|-------|
| * 受理      | 所属部局   | 任命権者           | 基金支部  |
| (到達した年月日) | 年 月 日  | 年 月 日          | 年 月 日 |
| * 決定金額    | 規程第29条の12の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | * 傷病等級 第 級 第 号 |       |
|           | 特別支給金 円  | * 特別支給金の支払     | 年 月 日 |
|           | 特別給付金 円  | * 特別給付金の       | 年 月   |
| * 通知      | 年 月 日  | 支給開始年月         |       |

〔注意事項〕

- 申請者は、\*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 傷病特別給付金申請金額の計算」の欄の「割増率」は、傷病等級第1級の場合は100分の40、第2級の場合は100分の45、第3級の場合は100分の50であること。なお、地方公務員災害補償法施行令(昭和42年政令第274号)第1条に規定する職員に係るこの欄の記入については、別に定めるところによること。
- 「5 傷病特別給付金申請金額」の欄には、「4 傷病特別給付金申請金額の計算」の欄の(A)の金額( (A)の金額が(B)の金額を超える場合には、(B)の金額)を記入すること。ただし、当該金額が(C)の金額に満たない場合には、(C)の金額を記入すること。
- 「6 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。



〔注意事項〕

- 1 申請者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する口にレ印を記入すること。
- 2 「5 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 3 この申請書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この申請書の提出前にすでに支部長に提出されている書類その他の資料については、添付の必要はないこと。
  - (1) 死亡した要介護年金受給権者の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他要介護年金受給権者の死亡の事実を証明する書類又はその写し
  - (2) 申請者と死亡した要介護年金受給権者との続柄に関する市区町村長の発行する証明書
  - (3) 申請者が、要介護年金受給権者の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - (4) 申請者が、婚姻の届出をしていないが、要介護年金受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - (5) 申請者（妻である申請者を除く。）が、要介護年金受給権者の死亡の当時地方公務員災害補償法施行規則（昭和42年自治省令第27号）第29条に定める障害の状態にある者であるときは、そのことを証明する医師等の診断書その他の書類
  - (6) 申請者が申請を行う日の属する年の前年における申請者の所得税額について税務署長が発行する納税証明書
  - (7) 申請者の属する世帯の住民票の写し、申請者と申請者を扶養する者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本、その他申請者を扶養する者の有無及び申請者を扶養する者であることを証明できる書類
  - (8) 申請者を扶養する者がいるときは、申請者が申請を行う日の属する年の前年におけるその者の所得税額について税務署長が発行する納税証明書
- 4 年月日の記載には元号を用いる。

様式第50号

福祉事業（旅行費）申請書

認定番号

|   |                                |   |   |   |
|---|--------------------------------|---|---|---|
| 地方公務員災害補償基金<br>支部長 殿<br>.....<br>下記の旅行費の支給を申請します。 | 申請年月日                          | 年 | 月 | 日 |
|   | 申請者の住所<br>.....<br>フリガナ<br>氏 名 |   |   |   |

|  |            |               |                                 |
|--|------------|---------------|---------------------------------|
| 1<br>関<br>被<br>災<br>る<br>職<br>事<br>員<br>項<br>に | 所属団体名      | 職 名           | <input type="checkbox"/> 常 勤    |
|  | 所属部局名      | フリガナ<br>氏 名   | <input type="checkbox"/> 令第1条職員 |
|  | 負傷又は発病の年月日 | 福祉事業の実施の承認年月日 |                                 |

|                                 |   |         |     |     |    |     |    |    |    |              |       |       |   |  |  |
|---------------------------------|---|---------|-----|-----|----|-----|----|----|----|--------------|-------|-------|---|--|--|
| 2<br>旅<br>行<br>費<br>の<br>内<br>訳 | (旅行の目的)   |         |     |     |    |     |    |    |    |              |       |       |   |  |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 補装具 ( <input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 装着 ) <input type="checkbox"/> リハビリテーション |         |     |     |    |     |    |    |    |              |       |       |   |  |  |
|                                 | 往   |         | 発   |     |    |     | 経由 |    |    |              | 着     |       |   |  |  |
|                                 | 復   |         | 発   |     |    |     | 経由 |    |    |              | 着     |       |   |  |  |
| 旅行期間                            |   | 年 月 日から |     |     |    | 泊   |    |    |    | 日            |       |       |   |  |  |
| 年 月 日まで                         |   |         |     |     |    |     |    |    |    |              |       |       |   |  |  |
| 月日                              | 出発地   | 到着地     | 宿泊地 | 鉄 道 |    | 船 舶 |    | 車  |    | 急 行<br>料 金 等 | 宿 泊 数 | 宿 泊 料 | 計 |  |  |
|                                 |   |         |     | 路程  | 運賃 | 路程  | 運賃 | 路程 | 運賃 | 円            | 泊     | 円     | 円 |  |  |
|                                 |   |         |     | km  | 円  | km  | 円  | km | 円  |              |       |       |   |  |  |
|                                 |   |         |     |     |    |     |    |    |    |              |       |       |   |  |  |
|                                 |   |         |     |     |    |     |    |    |    |              |       |       |   |  |  |
|                                 |   |         |     |     |    |     |    |    |    |              |       |       |   |  |  |
|                                 |   |         |     |     |    |     |    |    |    |              |       |       |   |  |  |
| 合 計                             |   |         |     |     |    |     |    |    |    |              |       |       |   |  |  |

|           |   |
|-----------|---|
| 3 旅行費申請金額 | 円 |
|-----------|---|

|                                      |                                      |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 個人番号                                 |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関名                                |                                      |  |  | 本支店等名           |  |  |  | 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |  |  |  |  |  |
| 口座番号                                 |                                      |  |  | 口座名義人 氏名 (フリガナ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他         |                                      |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |       |       |       |
|-----------|-------|-------|-------|
| * 受理      | 所属部局  | 任命権者  | 基金支部  |
| (到達した年月日) | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| * 決定金額    | 円     | * 通知  | 年 月 日 |
|           |       | * 支払  | 年 月 日 |

[注意事項]

- 申請者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する口にレ印を記入すること。
- 「2 旅行費の内訳」の欄の「宿泊料」については、その領収書及び明細書を添付すること。
- 「4 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。