

# 鳥取県公報

毎週火曜日及び  
金曜日発行  
(当日が休日  
に当り、翌  
日の翌日)

## 目次

◇規 則 議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償に関する  
条例施行規則

## 規 則

### 鳥取県規則第十二号

議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償に関する条例施行規則をここに公布する。

昭和四十三年三月一日

鳥取県知事 石 破 二 朗

議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償に関する条例施行規則

### 目次

- 第一章 総則(第一条―第五条)
- 第二章 補償及び福祉施設(第六条―第二十条)
- 第三章 審査会(第二十一条・第二十二条)

## 第四章 雑則(第二十三条―第二十五条)

### 附則

### 第一章 総則

#### (目的)

第一条 この規則は、議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償に関する条例(昭和四十二年十二月鳥取県条例第三十一号。以下「条例」という。)  
第四条第九項、第十八条第八項及び第二十二條の規定に基づき、鳥取県公務災害補償認定委員会(以下「認定委員会」という。)並びに鳥取県公務災害補償審査会(以下「審査会」という。)の組織及び運営並びに条例の施行に関し必要な事項を定めることを目的とする。

#### (定義)

第二条 この規則で、「補償」、「職員」、「実施機関」、「補償基礎額」、「認定委員会」、「福祉施設」又は「審査会」とは、それぞれ条例第一条、第二条第一項、第二条第二項、第二条第三項、第三条第一項、第四条第一項、第十六条又は第十八条第一項に規定する補償、職員、実施機関、補償基礎額、認定委員会、施設又は審査会をいう。

#### (災害の報告)

第三条 実施機関は、その所管に属する職員について、公務に基づくと認められる死傷病が発生した場合は、その指定する職員に、すみやかに報告をさせなければならない。

#### (認定の通知)

第四条 条例第三条第二項の規定による通知は、様式第一号による通知書により行なわなければならない。

#### (認定委員会)

第五条 認定委員会の会議は、委員長が招集し、委員長が議長となる。

2 認定委員会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、及び議決することができない。

3 認定委員会の議事は、出席委員の過半数で決するものとし、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

4 第一項から前項までに定めるもののほか、認定委員会の運営に関し必要事項は、認定委員会が定める。

## 第二章 補償及び福祉施設

### (療養の方法)

第六条 療養補償たる療養は、知事の指定する病院若しくは診療所又は薬局（以下「指定医療機関」という。）において行なう。

### (補償の請求方法)

第七条 補償（現に受けている補償の額の変更を含む。以下この条及び第八条において同じ。）を受けようとする者は、受けようとする補償の種類に応じ、それぞれ様式第二号から様式第十一号までによる請求書を、職員の勤務する公署（職員が死亡し、又は離職した場合においては、その死亡又は離職の直前に勤務した公署）を経由して実施機関に提出しなければならない。ただし、指定医療機関において療養を受ける場合の療養補償については、この限りでない。

### (遺族補償年金の請求の代表者)

第八条 遺族補償年金を受ける権利を有する者が二人以上あるときは、これらの者は、そのうちの一人を遺族補償年金の請求及び受領についての代表者に選任しなければならない。ただし、世帯を異にする等やむを得ない事情のため、代表者を選任することができないときは、この限りで

ない。

2 遺族補償年金を受ける権利を有する者は、前項の規定により、代表者を選任し、又はその代表者を解任したときは、すみやかに書面でその旨を実施機関に届け出なければならない。この場合には、あわせてその代表者を選任し、又は解任したことを証明することができる書類を提出しなければならない。

### (補償の支給方法)

第九条 実施機関は、第七条の請求書を受理した場合には、これを審査し、補償に関する決定を行ない、すみやかに請求者に書面でその決定に関する通知をするともに、補償を行わなければならない。

### (所在不明による支給停止の申請等)

第十条 条例第十五条においてその例によることとされる地方公務員災害補償法（昭和四十二年法律第二百一十一号）第三十五条第一項の規定により遺族補償年金の支給の停止を申請しようとする者は様式第十二号による申請書を、同条第二項の規定により遺族補償年金の支給の停止の解除を申請しようとする者は様式第十三号による申請書及び年金証書を実施機関に提出しなければならない。

2 実施機関は、前項の規定による申請に基づき遺族補償年金の支給を停止し、又は支給の停止を解除したときは、当該申請を行なった者にすみやかに書面でその旨を通知しなければならない。

### (年金証書)

第十一条 実施機関は、障害補償年金又は遺族補償年金（以下「年金たる補償」という。）の支給の決定の通知をするときは、当該補償を受けるべき者に対し、あわせて様式第十四号による年金証書を交付しなければならない。

ならない。

2 実施機関は、すでに交付した年金証書の記載事項を変更する必要が生じた場合は、当該証書と引換えに新たな証書を交付しなければならない。

3 実施機関は、必要があると認めるときは、年金証書の提出又は提示を求めることができる。

第十二条 年金証書の交付を受けた者は、その証書を亡失し、又は著しく損傷したときは、再交付の請求書に亡失の理由を明らかにすることができ、書類又は損傷した証書を添えて、証書の再交付を実施機関に請求することができる。

2 年金証書の再交付を受けた者は、その後において亡失した証書を発見したときは、すみやかにこれを実施機関に返納しなければならない。

第十三条 年金証書の交付を受けた者又はその遺族は、当該証書に係る年金たる補償を受ける権利が消滅した場合には、遅滞なく、当該年金証書を実施機関に返納しなければならない。

(定期報告)

第十四条 年金たる補償を受ける者は、毎年一回二月一日から同月末日までの間に、様式第十五号又は様式第十六号による報告書を実施機関に提出しなければならない。ただし、実施機関があらかじめその必要がないと認めて通知した場合は、この限りでない。

(届出)

第十五条 年金たる補償を受ける者は、次の各号に掲げる場合には、遅滞なく、その旨を実施機関に届け出なければならない。

一 氏名又は住所を変更したとき。

二 障害補償年金を受ける者にあつては、その障害の程度に変更があつたとき。

三 遺族補償年金を受ける者にあつては、次に掲げるとき。

イ 条例第十二条第一項(同項第一号を除く。)の規定により、その者の遺族補償年金を受ける権利が消滅したとき。

ロ その者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の數に増減を生じたとき。

2 補償を受ける権利を有する者が死亡した場合には、その者の遺族は、遅滞なく、その旨を実施機関に届け出なければならない。

3 前二項の届出をする場合には、その事実を証明することができる書類その他の資料を実施機関に提出しなければならない。

(外科後処置等)

第十六条 条例第十六条第一号から第三号までの規定により実施機関が行なう外科後処置、休養又はリハビリテーションは、知事の指定する施設において行なうものとする。

2 外科後処置の範囲は、次に掲げるものであつて、外科後処置上相当と認められるものとする。

一 診察

二 薬剤又は治療材料の支給

三 処置、手術その他の治療

四 病院又は診療所への収容

五 看護

六 移送

3 前項各号に掲げる外科後処置のうち、知事の指定する施設において行なうことが困難なものについては、実施機関は、当該外科後処置にかえて、これに必要な費用を支給することができる。

4 休養し、又はリハビリテーションを受けるために旅行する場合は、旅行費を支給する。

(補装具の支給)

第十七条 条例第十六条第四号の規定により実施機関が支給する補装具は、義肢、装具、義眼、眼鏡、補聴器、人工こう頭、車いす、収尿器、補助ステッキ、松葉づえ、盲人安全つえ、点字器その他実施機関が必要と認める補装具とする。

2 前項の規定により支給した補装具が、支給後三年以内に、き損し、又は適合しなくなつた場合には修理を行ない、滅失し、又は修理を適当としないとなつた場合には再支給を行なう。再支給を行なつた補装具は、最初の支給を行なつた時から三年以内に限り修理を行なう。ただし、修理又は再支給は、その必要を生じた理由が支給を受けた者の故意による場合は行なわない。

3 実施機関は、前二項に規定する補装具の支給、修理又は再支給について必要があるときは、知事と協議して定める最高価格の範囲内で行なうことができる。

4 第一項及び第二項に規定する補装具の支給、修理又は再支給を受けるために旅行する場合は、旅行費を支給する。

(旅行費)

第十八条 前二条の規定による旅行費は、鉄道賃、船賃、車賃及び宿泊料とし、支給を受ける者の居住地又は滞在地から目的地に至る最も経済的

な通常の経路及び方法により、かつ、次の各号の規定に従つて計算した範囲内において実費を支給する。

一 鉄道賃及び船賃 運賃の等級を二階級に区分する線路又は船舶による場合は、上級の運賃、三階級に区分する船舶による場合は中級の運賃（普通急行列車又は準急行列車を運行する線路により片道百キロメートル以上の場合には、これらの運賃のほか、運賃の等級と同一等級の急行料金）

二 車賃 一キロメートルにつき五円（全路程を通算して計算し、一キロメートル未満の場合は切り捨てる。）ただし、障害の程度により、この額によりがたいと認められる場合においてはこの限りでない。

三 宿泊料 特別職の職員の旅費に関する条例（昭和二十七年十一月鳥取県条例第四十一号）別表の宿泊料の項の甲地方である地域に宿泊する場合は二千円、その他の地域に宿泊する場合は千六百元

(その他の福祉施設)

第十九条 実施機関は、条例第十六条第五号の規定による施設をする場合には、知事と協議しなければならない。

(福祉施設の申請等)

第二十条 外科後処置を受け、休養をとり、リハビリテーションを受け、補装具の支給、修理若しくは再支給を受け、外科後処置に必要な費用若しくは旅行費の支給を受け、又は条例第十六条第五号の規定の適用を受けようとする者は、様式第十七号又は様式第十八号による申請書を実施機関に提出しなければならない。

2 実施機関は、前項の申請書を受理したときは、すみやかに申請者に対し、承認するかどうかを通知しなければならない。

## 第三章 審査会

## (審査会の招集等)

- 第二十一条 審査会の会議は、会長が招集し、会長が議長となる。
- 2 審査会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、及び議決することができる。
- 3 審査会の議事は、出席委員の過半数で決するものとし、可否同数のときは、会長の決するところによる。
- 4 第一項から前項までに定めるもののほか、審査会の運営に関し必要な事項は、審査会が定める。
- (審査の申立て)
- 第二十二条 条例第十七条第一項の規定による審査の申立ては、次の各号に掲げる事項を記載した申立書によりしなければならない。
- 一 災害を受けた者の氏名、住所及び生年月日並びに災害発生当時の職及び勤務公署
- 二 申立人が災害を受けた職員以外の者であるときは、その氏名、住所及び生年月日並びにその職員との続柄又は関係
- 三 補償に関する実施機関の措置
- 四 申立ての趣旨
- 五 代理人を選任したときは、その者の氏名、住所及び職業
- 六 請求の年月日
- 2 前項の申立書を提出しようとするときは、正副二通を作成し、書類、記録その他の資料を添えて審査会に提出しなければならない。
- 3 第一項の申立書の記載事項に変更を生じた場合には、請求者は、すみやかに審査会に届け出なければならない。

## 第四章 雑則

## (第三者の行為による災害についての届出)

- 第二十三条 補償の原因である災害が第三者の行為によつて生じたときは、補償を受けるべき者は、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)並びに被害の状況を、遅滞なく、実施機関に届け出なければならない。
- (公署の長の助力等)
- 第二十四条 補償を受けるべき者が、事故その他の理由により、みずから補償の請求その他の手続を行なうことが困難である場合には、当該職員の勤務する公署の長は、その手続を行なうことができるように助力しなければならない。
- 2 職員の勤務する公署の長は、補償を受けるべき者から補償を受けるために必要な証明を求められた場合には、すみやかに証明をしなければならない。
- 3 前二項の規定は、外科後処置を受け、休養をとり、リハビリテーションを受け、補装具の支給を受け、又は条例第十六条第五号の規定の適用を受けようとする者について準用する。
- (記録簿)
- 第二十五条 実施機関は、様式第十九号及び様式第二十号による記録簿を備え、必要な事項を記入しなければならない。
- 附 則
- (施行期日)
- 1 この規則は、公布の日から施行し、昭和四十二年十二月一日から適用する。

(鳥取県職員公務災害補償に関する条例施行規則の廃止)

2 鳥取県職員公務災害補償に関する条例施行規則(昭和二十九年八月鳥取県規則第四十四号)は、廃止する。

(支給停止期間を満了した場合の通知)

3 実施機関は、条例附則第三条第二項の支給停止期間が満了したときは、すみやかに当該支給停止に係る遺族補償年金を受ける権利を有する者に対してその旨を通知しなければならない。

(年金たる給付が支給されることとなつた場合等における届出)

4 年金たる補償を受ける者は、当該補償の事由となつた身体障害又は死亡について条例附則第五条に掲げる年金たる給付が支給されることとなつた場合、その給付の額が変更された場合又はその支給を受けられなくなつた場合にはその事実を明らかにすることができる書類を添えて、すみやかにその旨を実施機関に届け出なければならない。

様式第1号

(表 面)  
公務災害補償通知書

年 月 日

..... 殿

(実施機関の職氏名)

..... 印

あなたは、議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償に関する条例の規定により、下記の災害に対する補償を受けることができますので、通知します。

記

1 被災職員の氏名

2 傷 病 名

3 災害発生年月日

(裏 面)

## 補 償 の 内 容

## 1 あなたが被災職員である場合

## (1) 療養補償

公務上の負傷又は疾病については、次のイからへまでに掲げる範囲で療養上相当と認められるものを療養補償として受けることができます。

|   |             |
|---|-------------|
| イ | 診 察         |
| ロ | 薬劑又は治療材料の支給 |
| ハ | 処置、手術その他の治療 |
| ニ | 病院又は診療所への収容 |
| ホ | 看 護         |
| へ | 移 送         |

## (2) 休業補償

公務上の負傷又は疾病の療養のため勤務することができない場合で給与を受けないときは、その期間、補償基礎額の<sup>60</sup>/<sub>100</sub>に相当する金額の休業補償を受けることができます。

## (3) 障害補償

公務上の負傷又は疾病がなおつたとき、条例に定められている程度の身体障害が残つたときは、その程度に応じて年金又は一時金の障害補償を受けることができます。

## 2 あなたが被災職員以外の者である場合

## (1) 遺族補償

あなたが公務上死亡した職員の遺族であつて、条例第11条の規定（注参照）に該当する場合は年金の、その他の場合は一時金の遺族補償を受けることができます。

(注) 議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償に関する条例（抄）第11条遺族補償年金を受けることができる遺族は、職員の配偶者（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つた者を含む。以下同じ。）、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹であつて、職員の死亡の当時その収入によつて生計を維持していたものとする。ただし、妻（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者を含む。）以外の者にあつては、職員の死亡の当時次の各号に掲げる要件に該当した場合に限るものとする。



様式第2号

## 療養の給付請求書

|  |        |                              |     |
|--|--------|------------------------------|-----|
| 認定番号   |        |                              |     |
| (実施機関の職氏名)<br><br>..... 殿<br><br>下記の指定医療機関における療養の給付を請求します。 | 請求年月日  | 年                            | 月 日 |
|  | 請求者の住所 | .....<br>氏 ..... 名 ㊟         |     |
| 1 (所属部局)   |        |                              |     |
| 2 (氏 名)  |        | 3 (職 種)                      |     |
| .....<br>年 月 日生  |        | 4 (負傷又は発病年月日)<br>..... 年 月 日 |     |
| 5<br>療養を受けようとする指定医療機関                                      | 住 所    | .....                        |     |
|  | 名 称    | .....                        |     |

## 〔注意事項〕

「5 療養を受けようとする指定医療機関」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関の住所及び名称を記載し、現在療養を受けている指定医療機関を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関の住所及び名称を記載すること。

様式第3号

療養補償請求書

|  |   |                          |    |   |
|--|---|--------------------------|----|---|
|  |   | 請求回数                     | 第  | 回 |
| (実施機関の職氏名)<br>.....殿                           |   | 請求年月日                    | 年  | 月 |
| 下記の療養補償を請求します。                                 |   | 請求者の住所<br>.....<br>氏 名   |    |   |
| (補償費用の受領委任)<br>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。 |   | 氏名                       |    |   |
| (委任に基づく支払請求)<br>上記委任に基づきこの請求書による療養補償の支払を請求します。 |   | 支払請求者の住所<br>.....<br>氏 名 |    |   |
| 1 (所属部局)                                       |   |                          |    |   |
| 2 (氏 名)  |   | 3 (職 種)                  |    |   |
| 年 月 日生   |   | 4 (負傷又は発病年月日)            |    |   |
| 年 月 日  |   | 年 月 日                    |    |   |
| 5 診 療 費  | 内訳は「医師の証明」欄記載のとおり   |                          |    | 円 |
| 6 看 護 料  | <input type="checkbox"/> 看護婦<br><input type="checkbox"/> 添付<br><input type="checkbox"/> その他 | 年 月 日から<br>年 月 日まで       | 日間 | 円 |
| 7 移 送 費  | (交通費) から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回                |                          |    | 円 |
|  | (その他の移送費)   |                          |    | 円 |
| 8 上記以外の療養費                                     |   |                          |    | 円 |
| 9 療養補償請求金額                                     |   |                          |    | 円 |
| 10 添付する書類その他の資料名                               |   |                          |    |   |

|            |      |                               |                               |       |   |   |   |
|------------|------|-------------------------------|-------------------------------|-------|---|---|---|
| 11 送金希望の場合 | 振込先  | 銀行                            | 支店                            | *受理   | 年 | 月 | 日 |
|            | 預金科目 | <input type="checkbox"/> 普通預金 | <input type="checkbox"/> 当座預金 | *決定   | 年 | 月 | 日 |
|            | 振込口座 | 住所                            |                               | *支払   | 年 | 月 | 日 |
|            |      | 氏名                            |                               | *決定金額 |   |   |   |

〔注意事項〕

- 1 請求者は\*印の欄には、記入しないこと。該当する□に✓印を記入すること。
- 2 「(補償費用の受領委任)」の欄は、診療にあつた医師又は医療機関に補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 「6 看護料」及び「9 移送費」については、費用の領収書及び明細書を添付すること。

※ 12 医師の証明

|   |                       |           |  |                  |  |
|---|-----------------------|-----------|--|------------------|--|
| (傷病名)   | 診療費の内訳                |           | 1点単位   | 円                |  |
|   | 項目内訳と記入欄              |           |  | 金額(円)            |  |
|   | 診<br>察                | 初 診       |  |                  |  |
|   |                       | 再 診       |  |                  |  |
| 往 診   |                       |           |  |                  |  |
| 療 養 指 導   |                       |           |  |                  |  |
| (傷病の経過)   | 投<br>薬                | 内 普 通 薬   | (薬名及び使用量)  |                  |  |
|   |                       | 用 特 殊 薬   |  |                  |  |
|   |                       | 外 (種類)    |  |                  |  |
|   | 注 射                   | (種類)      | (回数等)  |                  |  |
|   | 処 置                   | (処置名)     | (回数等)  |                  |  |
|   | 手 術                   | (手術名)     | (回数等)  | (施行年月日)<br>年 月 日 |  |
|   | 検 査                   | (検査名)     | (回数等)  |                  |  |
|   | レ<br>ン<br>ト<br>ゲ<br>ン | 透 視 診 断   | (フィルムの大きさ枚数等)  |                  |  |
|   |                       | 写 真 診 断   |  |                  |  |
|   |                       | 撮 影       |  |                  |  |
| (現在の状態)   | 理学療法                  | (療法名)     | (回数等)  |                  |  |
|   | その他                   |           |  |                  |  |
| 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 治 癒 <input type="checkbox"/> 死 亡<br><input type="checkbox"/> 中 止 <input type="checkbox"/> 継続中<br><input type="checkbox"/> 転 医 |                       |           |  |                  |  |
| (診療期間)  | 入 院                   | 入 院 期 間   | 年 月 日から  |                  |  |
|   |                       |           | 年 月 日まで  |                  |  |
|   | 院                     | 看 護       | <input type="checkbox"/> 1類 <input type="checkbox"/> 2類 <input type="checkbox"/> 3類    |                  |  |
|   |                       | 給 食       | <input type="checkbox"/> 基準給食 <input type="checkbox"/> 普通給食 <input type="checkbox"/> 無 |                  |  |
| 診 療 日 数   | 日                     | 寝 具 そ の 他 |  |                  |  |
| 診療費の合計  |                       |           |  | 円                |  |

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

病院又は  
診療所の {所在地  
名称  
医師氏名

㊤

- 「8 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食料及び療養に必要な治療材料等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 「11 送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたときその支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。なお、郵便振替を希望する場合には、その旨を届け出ること。
- 「※12 医師の証明」欄の記入にかえて同様事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の証明書を添付してもよい。

様式第4号

(表 面)  
休 業 補 償 請 求 書

|                                |   |   |                             |   |
|--------------------------------|---|---|-----------------------------|---|
|                                |   | 請求回数  | 第                           | 回 |
| (実施機関の職氏名)<br>..... 殿          |   | 請求年月日 年 月 日   |                             |   |
| 下記の休業補償を請求します。                 |   | 請求者の住所<br>氏 名 ㊦   |                             |   |
| 1 (所属部局)                       |   |   |                             |   |
| 2 (氏 名)                        |   | 3 (職 種)   |                             |   |
| 年 月 日生                         |   | 4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日   |                             |   |
| 5 (請求日数)                       |   | 年 月 日から 年 月 日まで のうち 日 全部休業日数 { 日 日<br>一部休業日数 { 日 日  |                             |   |
| 6 (一部休業した日に得ることができた給与その他の収入の額) |   |   |                             |   |
| (1) 給与の総額                      |   | 円   |                             |   |
| (2) その他の収入の総額                  |   | 円   |                             |   |
| 7 所属局の長の証明                     | 5及び6の(1)については、上記のとおりであることを証明します。<br>年 月 日 |   | 所属部局の {所在地称<br>名<br>長の職氏名 ㊦ |   |
| 8 休業補償金額の計算                    | 全部休業日数のみの場合                               | (補償基礎額) × (請求日数) × $\frac{60}{100}$ =   | 円                           |   |
|                                | 一部作業日数のある場合                               | (補償基礎額) × (請求日数) × $\frac{60}{100}$ =   | 円                           |   |
| 9 休業補償請求金額                     |   | 円   |                             |   |
| 10 医師の証明                       | (傷病名)                                     | (現在の状態) 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医 |                             |   |
|                                | (請求日数のうち療養のため勤務することができなかったと認められる日数)       | (勤務することができなかつたと認められる理由)   |                             |   |
|                                | 年 月 日から 年 月 日までのうち 日                      |   |                             |   |
| 上記のとおりであることを証明します。<br>年 月 日    |   | 医療機関の {所在地称<br>名<br>医師氏名 ㊦  |                             |   |
| 11 添付する書類その他の資料名               |   |   |                             |   |

|            |      |                               |                               |     |         |       |
|------------|------|-------------------------------|-------------------------------|-----|---------|-------|
| 12 送金希望の場合 | 振込先  | 銀行                            | 支店                            | 受 理 | 年 月 日   |       |
|            | 預金科目 | <input type="checkbox"/> 普通預金 | <input type="checkbox"/> 当座預金 | 決 定 | 年 月 日   |       |
|            | 振込口座 | 住所                            |                               |     | 支 払     | 年 月 日 |
|            |      | 氏名                            |                               |     | 決 定 金 額 | 円     |

## (裏 面)

## 〔注意事項〕

- 1 請求者は※印の欄には、記入しないこと。該当する□に✓印を記入すること。
- 2 「5 (請求日数)」の欄中全部休業日数の項目には、勤務その他の業務に従事することができず、このため給与その他の収入を全く得ることができなかつた日の数を、一部休業日数の項目には勤務その他の業務の一部に従事することができ、このため給与その他の収入(資産に基づく収入を除く。)の一部を得ることができ、かつ、その得た給与その他の収入の額が補償基礎額以下であつた日の数を記入すること。
- 3 「10 医師の証明」の欄は、入院中の場合のように、すでに療養補償申請書等によつ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には、この請求書において重ねて医師の証明を求めて記載する必要はない。
- 4 「12 送金希望の場合」の欄は、この請求に係る補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。

なお、郵便振替を希望する場合には、その旨を届け出ること。

様式第5号

(表 面)

障 害 補 償 年 金 請 求 書  
一 時 金

|   |  |  |
|---|--|--|
| (実施機関の職氏名)<br>..... 殿<br>下記の障害補償を請求します。 |  | 請求年月日<br>年 月 日   |
|   |  | 請求者の住所.....<br>氏 名 ㊦   |
| 1 (所属部局)                                |  |  |
| 2 (氏 名)<br>年 月 日生                       |  | 3 (職 種)  |
| 4 (負傷又は<br>発病年月日)<br>年 月 日              |  | 5 (治ゆ年月日)<br>年 月 日   |
| 6 (障害の部位及びその程度)                         |  |  |
| 7 (既存障害とその程度)                           |  |  |
| 8 障 害 等 級                               |  | 第 級 号  |
| 9 障 害 補 償 請 求 金 額                       |  | <input type="checkbox"/> 年 金 (補償基礎額) (日 数) = 円<br><input type="checkbox"/> 一時金 |
| 10 厚生年金保険法等の適用                          |  | <input type="checkbox"/> .....の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。      |
| 11 添付する書類その他の資料名                        |  |  |

|                                       |                  |   |  |
|---------------------------------------|------------------|---|--|
| 12<br>送<br>金<br>希<br>望<br>の<br>場<br>合 | 振 込 先            | 銀行 支店   |  |
|                                       | 預 金 科 目          | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 |  |
|                                       | 振<br>込<br>口<br>座 | 住 所   |  |
|                                       |                  | 氏 名   |  |

|                  |  |
|------------------|--|
| ※受 理             | 年 月 日  |
| ※決 定             | 年 月 日  |
| ※支 払<br>(一時金の場合) | 年 月 日  |
| ※障 害 等 級         | 第 級 号  |
| ※年金証明の番号         | 第 号  |
| ※支給開始年月          | 年 月  |
| ※決 定 金 額         | <input type="checkbox"/> 年 金 円<br><input type="checkbox"/> 一時金 |

## (裏 面)

## 〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□に✓印を記入すること。
- 2 「6 (障害の部位及びその程度)」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 「7 (既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、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等級を明記すること。
- 4 「10 厚生年金保険法等の適用」の欄は、障害補償年金を受けようとする者が記入するものであり請求者が厚生年金保険法、国民年金法又は船員保険法の適用を受ける者であるときは「\_\_\_\_\_の被保険者である」にその適用を受ける法令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請求する障害補償年金と同一の事由によつて厚生年金保険法若しくは船員保険法の障害年金又は国民年金法の障害年金(障害福祉年金を除く。)の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号、番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。

- 5 「12 送金希望の場合」の欄は、この請求に係る補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。

なお、郵便振替を希望する場合には、その旨を届け出ること。

- 6 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線写真その他の書類及び資料を添付すること。

様式第6号

## 障 害 補 償 変 更 請 求 書

|                              |       |  |       |
|------------------------------|-------|--|-------|
| (実施機関の職氏名)<br>..... 殿        |       | 請求年月日<br>年 月 日   |       |
| 下記のとおりに障害補償の変更を請求します。        |       | 請求者の年金<br>証書の番号 .....                                    |       |
|                              |       | 住 所 .....  |       |
|                              |       | 氏 名 .....  |       |
| 1 現在受けている障害年金<br>の障害等級       |       | 第 級  |       |
| 2 現在受けている障害年金<br>の支給が開始された年月 |       | 年 月  |       |
| 3 障害の程度に変更があつ<br>た年月日        |       | 年 月 日  |       |
| 4 障害の部位及びその程度                |       | (第 級)  |       |
| 5 変更後の障害<br>補償請求金額           | 年 金   | (補償基礎額) × (日数) =   | 円     |
|                              | 一 時 金 | (補償基礎額) × (日数) =   | 円     |
| 6 添付する書類その他の資<br>料名          |       |  |       |
| * 受 理                        | 年 月 日 | * 決 定  | 年 月 日 |
| * 支 払                        | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更 |       |
| * 変更後の障<br>害 等 級             | 第 級 号 | * 決 定 金 額  | 円     |

## 〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 「4 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 この請求書には、障害の程度に変更があつた時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診断書とその他の書類及び資料を添付すること。



様式第7号

(表 面)  
遺族補償年金請求書

|  |             |   |      |  |          |     |
|--|-------------|---|------|--|----------|-----|
| (実施機関の職氏名)<br>..... 殿  |             | 請求年月日 年 月 日   |      |  |          |     |
| 下記の遺族補償年金を請求します。   |             | 請求者(代表者)の住所.....  |      |  |          |     |
|  |             | 氏 名..... ④  |      |  |          |     |
|  |             | 職員との続柄.....   |      |  |          |     |
| 死亡職員に関する事項   | 1 (所属部局)    |   |      |  |          |     |
|  | (氏 名)       |   |      |  |          |     |
|  | (職 種)       | 年 月 日 生   |      |  |          |     |
|  | (死亡年月日)     | 年 月 日   |      |  |          |     |
|  | 厚生年金保険法等の適用 | <input type="checkbox"/> .....の被保険者であつた。<br><input type="checkbox"/> 被保険者でなかつた。   |      |  |          |     |
| 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"/> 胎児であつた子の出生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明 |             |   |      |  |          |     |
| 請求年が及ぶ遺族補償   | 3           | 氏 名   | 生年月日 | 住 所  | 死亡職員との続柄 | 備 考 |
|  |             |   |      |  |          |     |
|  |             |   |      |  |          |     |
|  |             |   |      |  |          |     |
|  |             |   |      |  |          |     |
| 既年いる遺族受の補償   | 4           | 氏 名   | 生年月日 | 住 所  | 死亡職員との続柄 | 備 考 |
|  |             |   |      |  |          |     |
|  |             |   |      |  |          |     |
|  |             |   |      |  |          |     |
|  |             |   |      |  |          |     |
| 5 遺族補償年金請求年額の計算  |             | (補償基礎額) $\times 365 \times \left( \frac{25}{100} + \frac{5}{100} \right) \times \left( \frac{\text{算定の基礎となる遺族の数}}{\text{数。ただし、5人まで}} \right) \times \frac{1}{(\text{請求者の数})} =$ 円 |      |  |          |     |
| 6 遺族補償年金請求金額   |             | 請求者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 ..... 円  |      | 代表者を選任した場合 (5の請求年額) $\times$ (請求者の数) = ..... 円 |          |     |
| 7 添付する書類その他の資料名  |             |   |      |  |          |     |

|           |      |   |    |        |          |  |
|-----------|------|---|----|--------|----------|--|
| 8 送金希望の場合 | 振込先  | 銀行  | 支店 | ※受理    | 年 月 日    |  |
|           | 預金科目 | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 |    | ※決定年月日 | 年 月 日    |  |
|           | 振込口座 | 住所  |    |        | ※年金証書の番号 | 第 ..... 号  |
|           |      | 氏名  |    |        | ※支給開始年月  | 年 月  |
|           |      |   |    |        | ※決定金額    | <input type="checkbox"/> 請求者1人の場合又は代表者を選任した場合<br><input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合 ..... 円 |

(裏 面)

## 〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□に√印を記入すること。
- 2 「1 死亡職員に関する事項」の欄中「厚生年金保険法等の適用」の項目には、死亡職員が厚生年金保険法、国民年金法又は船員保険法の適用を受ける者であるときは「\_\_\_\_\_」の被保険者であつた」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、既に当該遺族補償年金と同一の事由によつて厚生年金保険法又は船員保険法の遺族年金あるいは国民年金法の母子年金（母子福祉年金を除く。）、準母子年金（準母子福祉年金を除く。）、遺児年金又は寡婦年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。
- 3 「3 請求者及び遺族補償年金を受けることができる遺族」の欄の備考には、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)、その者が障害等級第7級以上の廃失の状態にあるときは(廃)、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは(生)と明記すること。
- 4 「4 既に遺族補償年金を受けている者」の欄は、この記載の事由が職員の死亡以外の場合に記入すること。
- 5 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、当該補償の事由となつた職員の死亡に係る遺族補償年金の支給が行なわれていたときは、次の(1)及び(3)に掲げる書類は添付する必要がない。
  - (1) 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るものであることを証明する書類又はその写し
  - (2) 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、本籍及び職員との続柄に関する市町村長又は区長の発行する証明書（戸籍の謄本又は抄本でもよい。）
  - (3) 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つ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) 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つた者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - (5) 請求者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障害等級第7級以上の廃疾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廃疾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及び資料
  - (6) 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
  - (7) 災害が第三者の行為によつ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
  - (8) 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
- 6 「8 送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。  
 なお、郵便振替を希望する場合には、その旨を届け出ること。

様式第8号

## 条例附則第3条の一時金請求書

|   |                |   |       |
|---|----------------|---|-------|
| (実施機関の職氏名)<br>.....殿<br>下記のとおり条例附則第3条の規定による一時金を請求します。 |                | 請求年月日 年 月 日<br>請求者(代表者)の住所.....<br>氏 名.....<br>死亡職員との続柄 |       |
| 1<br>請求者の同順位者   | 氏 名            | 生 年 月 日   | 住 所   |
|   |                |   |       |
|   |                |   |       |
|   |                |   |       |
| 2   | 条例附則第3条の一時金請求額 | (補償基礎額) × 400 =   | 円     |
| ※受理   | 年 月 日          | ※支払   | 年 月 日 |
| ※決定   | 年 月 日          | ※決定金額   | 円     |

注 請求者は、※印の欄には記入しないこと。



## (裏 面)

## 〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄は記入しないこと。該当する□に✓印を記入すること。
- 2 「2 遺族補償一時金請求額の計算」の欄の「受給権者の氏名」の欄には、すべての受給権者について記入すること。
- 3 「2 遺族補償一時金請求額の計算」の欄の「遺族補償年金が支給されていた場合」の項はこの請求書の提出前に当該補償の事由となつた職員の死亡に係る遺族補償年金の支給が行なわれていた場合に記入すること。
- 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付するものとする。ただし、この請求書は提出前に、当該補償の事由となつた職員の死亡に係る遺族補償年金の支給が行なわれていたときは、次の(1)に掲げる書類を添付する必要はない。
  - (1) 職員の死亡診断書、死体検案書、検視調査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るものであることを証明する書類又はその写し
  - (2) 請求者の氏名、本籍及び職員との続柄又は関係に関する市町村長又は区長の発行する証明書（戸籍の謄本又は抄本でもよい。）
  - (3) 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つた者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - (4) 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
  - (5) 請求者が職員の収入によつて生計を維持していた子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹である場合は、職員の死亡の当時その収入によつて生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - (6) 請求者が配偶者、職員の収入によつて生計を維持していた子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹以外の者で、主として職員の収入によつ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つて生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - (7) 請求者が、職員の遺言又はその任命権者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
  - (8) 災害が第三者の行為によつ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
  - (9) その他必要な書類
- 5 「5 送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。

なお、郵便振替を希望する場合には、その旨を届け出ること。

様式第10号

葬 祭 補 償 請 求 書

|   |         |   |   |   |   |
|---|---------|---|---|---|---|
| (実施機関の職氏名)<br>..... 殿<br><br>下記の葬祭補償を請求します。 |         | 請求年月日                                     | 年 | 月 | 日 |
|   |         | 請求者の住所.....<br>氏 名.....<br>職員との続柄<br>又は関係 |   |   |   |
| 1 死亡職員に関する事項                                | (所属部局)  |   |   |   |   |
|   | (氏 名)   |   |   |   |   |
|   | 年 月 日 生 |   |   |   |   |
|   | (職 種)   |   |   |   |   |
| (死亡年月日)                                     |         |   |   |   |   |
| 年 月 日                                       |         |   |   |   |   |
| 2 葬 祭 補 償 請 求 金 額                           | (補償基礎額) | × 60 =                                    |   |   | 円 |
| 3 添付する書類その他の資料名                             |         |   |   |   |   |

|           |         |                               |                               |       |       |       |
|-----------|---------|-------------------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|
| 4 送金希望の場合 | 振 込 先   | 銀行                            | 支店                            | ※ 受 理 | 年 月 日 |       |
|           | 預 金 科 目 | <input type="checkbox"/> 普通預金 | <input type="checkbox"/> 当座預金 | ※ 決 定 | 年 月 日 |       |
|           | 振込口座    | 住 所                           | ※ 支 払                         |       |       | 年 月 日 |
|           |         | 氏 名                           | ※ 決 定 金 額                     |       |       | 円     |

〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと（該当する□に√印を記入すること。）。
- 2 「4 送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。  
 なお、郵便振替を希望する場合には、その旨を届け出ること。
- 3 この請求書には、葬祭を行なった事実を認めることのできる書類を添付すること。

様式第11号

(表 面)

## 未 支 給 の 補 償 請 求 書

|                       |               |  |
|-----------------------|---------------|--|
| (実施機関の職氏名)<br>..... 殿 |               | 請求年月日<br>年 月 日                                     |
| 下記の未支給の補償の支給を請求します。   |               | 請求者の住所<br>.....<br>氏 名 ..... ㊟<br>死亡した受給<br>権者との続柄 |
| 1                     | 死亡した<br>受給権者  | 氏 名<br>.....<br>死亡年月日<br>年 月 日                     |
| 2                     | 未支給の補償の種類     | (年金たる補償のとき<br>は年金証書の番号) 第 号                        |
| 3                     | 未支給の補償請求額     | 円  |
| 4                     | 添付する書類その他の資料名 |  |

|              |      |   |       |       |
|--------------|------|---|-------|-------|
| 5<br>送金希望の場合 | 振込先  | 銀行 支店   | *受理   | 年 月 日 |
|              | 預金科目 | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | *決定   | 年 月 日 |
|              | 振込口座 | 住所  | *支払   | 年 月 日 |
|              |      | 氏名  | *決定金額 | 円     |

## (裏 面)

## 〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「5 送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。
- 3 この請求書には、次に掲げる書類又は資料を添付すること。ただし、請求者が、未支給の補償とあわせて、遺族補償を請求する場合には、当該遺族補償を請求するために提出すべき書類又は資料については、添付する必要はない。
  - (1) 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を証明する書類又はその写し
  - (2) 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
    - イ 請求者の氏名、本籍及び死亡受給権者との続柄に関し市町村長又は区長の発行する証明書（戸籍の謄本又は抄本でもよい。）
    - ロ 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ことを認めることのできる書類
    - ハ 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つたものであるときは、その事実を認めることのできる書類
  - (3) 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
  - (4) 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まだ請求をしていなかったときは、その請求を行なうこととした場合に必要書類その他の資料



様式第12号

## 遺族補償年金支給停止申請書

|                               |                 |       |         |   |
|-------------------------------|-----------------|-------|---------|---|
| (実施機関の職氏名)<br>..... 殿         | 申請年月日           | 年     | 月       | 日 |
|                               | 申請者の年金<br>証書の番号 | 第     | .....   | 号 |
| 下記の所在不明者に係る遺族補償年金の支給停止を申請します。 | 住               | 所     | .....   |   |
|                               | 氏               | 名     | ..... ㊦ |   |
|                               | 生               | 年     | 月       | 日 |
|                               | 所在不明者と<br>の続柄   | ..... |         |   |

|               |                   |   |   |   |              |           |
|---------------|-------------------|---|---|---|--------------|-----------|
| 1<br>所在不明者    | 年金証書の番号           |   |   | 第 | .....        | 号         |
|               | 氏名                |   |   |   |              |           |
|               | 最後の住所             |   |   |   |              |           |
|               | 所在不明となつた<br>年 月 日 |   |   |   |              |           |
| 所在不明の事由       |                   |   |   |   |              |           |
| 2<br>申請者の同順位者 | 氏                 | 名 | 住 | 所 | 年金証書の<br>番 号 | 所在不明者との続柄 |
|               | .....             |   |   |   |              |           |
|               | .....             |   |   |   |              |           |
|               | .....             |   |   |   |              |           |
|               | .....             |   |   |   |              |           |
| 3             | 添付する書類その他の資料名     |   |   |   |              |           |

|     |   |   |   |       |   |    |      |
|-----|---|---|---|-------|---|----|------|
| ※受理 | 年 | 月 | 日 | ※決定内容 | 年 | 月分 | から停止 |
| ※決定 | 年 | 月 | 日 |       |   |    |      |

## 〔注意事項〕

- 申請者は、※印の欄には記入しないこと。
- 「1 所在不明者」の年金証書の番号欄は、その番号が不明のときは記入する必要はない。
- 「申請者の同順位者」の欄には、所在不明者と同順位者があるときについて記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項の記入を要しない。
- この申請書には、所在不明者の所在が1年以上明らかでないことを証明する書類を添付すること。

様式第13号

## 遺族補償年金支給停止解除申請書

|  |                 |   |         |   |
|--|-----------------|---|---------|---|
| (実施機関の職氏名)<br><br>..... 殿<br><br>下記のとおり遺族補償年金の支給停止の解除を<br>申請します。 | 申請年月日           | 年 | 月       | 日 |
|  | 申請者の年金<br>証書の番号 | 第 | .....   | 号 |
|  | 住               | 所 | .....   |   |
|  | 氏               | 名 | ..... ㊟ |   |
|  | 生年月日            | 年 | 月       | 日 |
| 支給停止となつた年月   | 年 月             |   |         |   |

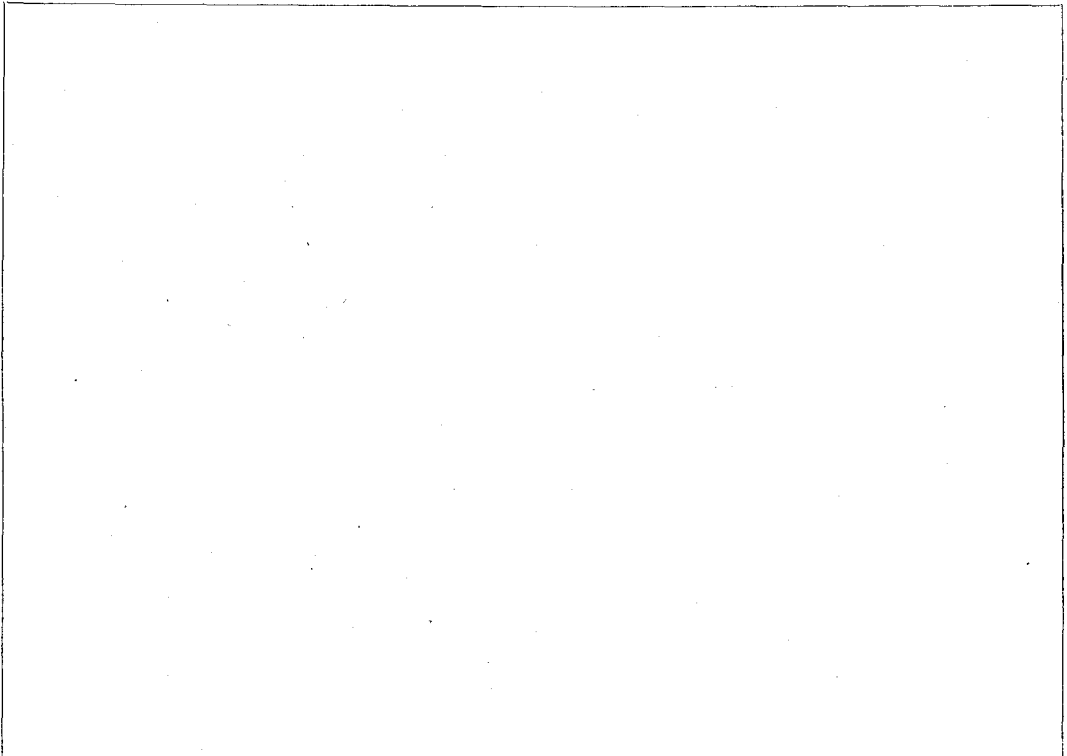
|     |   |   |   |       |   |    |      |
|-----|---|---|---|-------|---|----|------|
| *受理 | 年 | 月 | 日 | *決定内容 | 年 | 月分 | から解除 |
| *決定 | 年 | 月 | 日 |       |   |    |      |

## 〔注意事項〕

- 1 申請者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 この申請書を提出するときには、あわせて年金証書を提出すること。

様式第14号

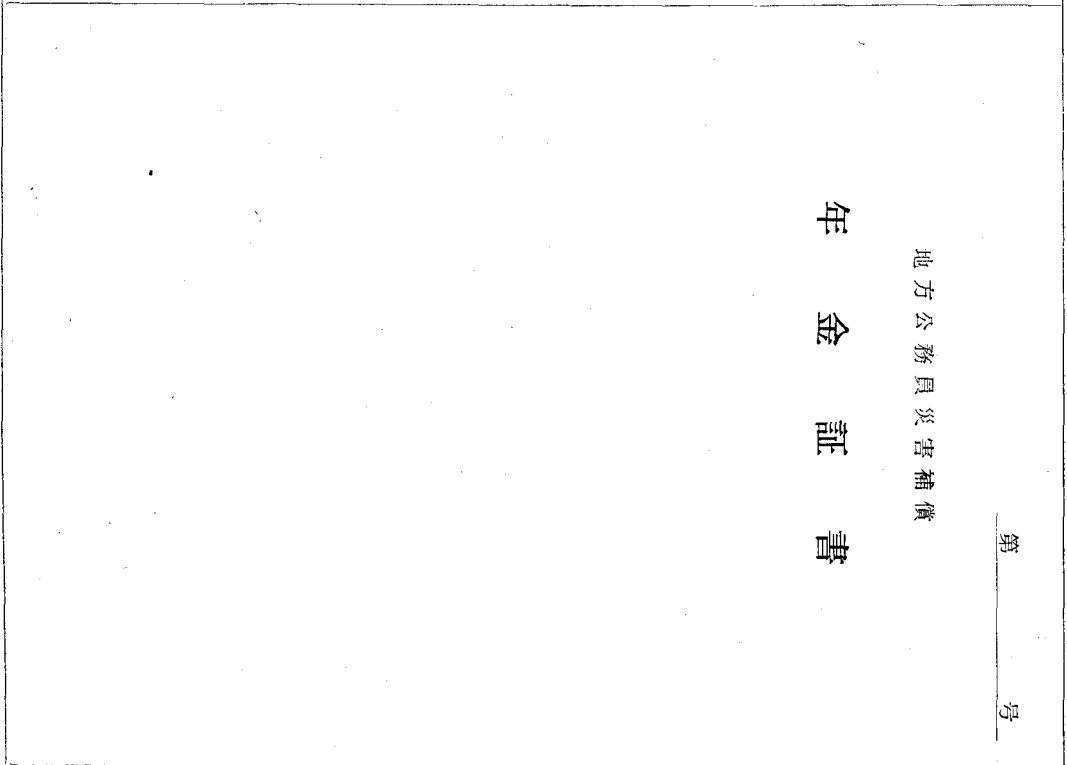
(表 面)



第 \_\_\_\_\_ 号

地方公務員災害補償

年 金 証 書



(裏 面)

受給権者の氏名

年 月 日 生

補償の種類

イ

支給開始年月

年 月

議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償に関する条例の規定により上記のとおり支給します。

(実施機関名)

国

〔注意事項〕

(別記のとおり)

## 別記

## 〔注 意 事 項〕

- 1 この証書は、議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償に関する条例（以下「条例」という。）によつて障害補償年金又は遺族補償年金の支給を受ける権利を有することを証明する書類ですから、大切に保管してください。
- 2 この補償は、毎年3月、6月、9月及び12月に、それぞれの前月までの分を支払います。
- 3 次の場合に該当することとなつたときは、すみやかにその事実を証明する書類を添えてその旨を実施機関に届け出るとともに、あわせてこの証書を提出してください。
  - (1) 氏名又は住所を変更した場合
  - (2) この年金と同一の事由によつて船員保険法又は厚生年金保険法の規定による障害年金若しくは遺族年金又は国民年金法の規定による障害年金（障害福祉年金を除く。）、母子年金（母子福祉年金を除く。）、準母子年金（準母子福祉年金を除く。）、遺児年金又は寡婦年金の支給を受けることとなつた場合、その額が変更された場合又はその支給を受けられなくなつた場合
  - (3) 障害補償年金においては、その障害等級に変更のあつた場合
  - (4) 遺族補償年金においては、その算定の基礎となる遺族の数に増減を生じた場合
- 4 この補償を受ける権利は、譲り渡したり、担保に供することはできません。また、差押えを受けることもありません。
- 5 この請求書を亡失したり損傷したときは、再交付を実施機関に請求してください。また、証書の記載事項に変更を生じた場合は、この証書と引換えに新しい証書を交付します。
- 6 あらかじめ実施機関からその必要がないと通知された場合を除き、毎年2月1日から同月末日までの間に、実施機関に対し障害の現状又は遺族の現状に関する報告書を提出してください。
- 7 この年金を受ける権利を失つた場合は、この証書を実施機関に返納してください。年金を受ける権利を失う場合は、次のいずれかに該当した場合です。
  - (1) 障害補償年金の場合
    - イ 受給権者が死亡したとき。
    - ロ 条例別表の障害の等級の第7級以上に該当しなくなつたとき。
  - (2) 遺族補償年金の場合
    - イ 受給権者が死亡したとき。
    - ロ 受給権者が婚姻（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。）をしたとき。
    - ハ 直系血族又は直系姻族以外の者の養子（届出をしていないが、事実上養子縁組関係と同様の事情にある者を含む。）となつたとき。
    - ニ 離縁によつて死亡した職員との親族関係が終了したとき。
    - ホ 受給権者が死亡した職員の子、孫又は兄弟姉妹であるときはその者が18歳に達したとき（その者が職員の死亡の時から引き続き条例別表に定める第7級以上の廃疾の状態にあるときを除く。）。
    - ヘ 条例別表に定める第7級以上の廃疾状態にあることにより受給権者となつている者がその状態でなくなつたとき。
- 8 実施機関又は審査会から報告又は出頭等を求められたとき、その報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、文書その他の物件を提出せず、又は医師の診断を拒んだ者は、条例第23条の規定により、1万円以下の罰金に処せられます。

様式第15号

(表 面)

## 障害の現状報告書

(実施機関の職氏名)

殿

下記のとおり障害の現状を報告します。

年 月 日

報告者の住所

氏 名

印

|   |  |             |               |
|---|--|-------------|---------------|
| 1 | 年金証書の番号  | 第           | 号             |
| 2 | 治 癒 年 月 日  | 年           | 月 日           |
| 3 | 障 害 等 級  | 第           | 級 号           |
| 4 | 身体障害の状況  |             |               |
| 5 | 日常生活の概要  |             |               |
| 6 | 当該傷病に関して支給されている年金の種類   | 支給されている年金の額 | 支給されることとなった年月 |
|   | <input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の障害年金<br><input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金<br>(障害福祉年金を除く。) | 円           | 年 月           |
|   | <input type="checkbox"/> 船員保険法の障害年金<br>(障害等級第 級)   | 年金証書の記号番号   | 所轄社会保険事務所等    |
| 7 | 添付する書類その他の資料名  |             |               |

## 〔注意事項〕

- 1 報告者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□に√印を記入すること。
- 2 「4 身体障害の状況」の欄の記入に当たっては、最近1年間について記入すること。

(裏 面)

※ 8 医 師 の 証 明

(イ) 身体障害の種類

(ロ) 身体障害の現状

(ハ) 今後の見込み

(報告者の氏名)

.....については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

所在地  
病院又は診療所の } 名 称  
医師氏名

㊤

様式第16号

(表 面)  
遺族の現状報告書

(実施機関の職氏名)

殿

下記のとおり遺族の現状を報告します。

年 月 日

報告者(代表者)の  
年金証書の番号 第 号

住 所

氏 名

|   |   |               |             |          |                |
|---|---|---------------|-------------|----------|----------------|
| 1 死亡職員の氏名                                     |   | (死亡年月日 年 月 日) |             |          |                |
| 2<br>受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けられることができる遺族 | 氏 名   | 生年月日          | 住 所         | 死亡職員との続柄 | 廃疾の有無          |
|   |   |               |             |          | 有 ・ 無          |
|   |   |               |             |          | 有 ・ 無          |
|   |   |               |             |          | 有 ・ 無          |
|   |   |               |             |          | 有 ・ 無          |
|   |   |               |             |          | 有 ・ 無          |
| 3<br>厚生年金保険法等の受給関係                            | 当該死亡に関して支給されている年金の種類  |               | 支給されている年金の額 |          | 支給されることとなった年 月 |
|   | <input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の遺族年金<br><input type="checkbox"/> 国民年金法の<br><input type="checkbox"/> 母子年金 <input type="checkbox"/> 準母子年金<br>(母子福祉年金) (準母子福祉年金) を除く。<br><input type="checkbox"/> 遺児年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金<br><input type="checkbox"/> 船員保険法の遺族年金 |               | 円           |          | 年 月            |
|   |   |               | 年金証書の記号番号   |          | 所轄社会保険事務所等     |
|   |   |               |             |          |                |
| 4 添付する書類その他の資料名                               |   |               |             |          |                |



## (裏 面)

## 〔注意事項〕

- 1 報告者は、該当する□に√印を記入すること。
- 2 受給権者が2人以上あるときで、そのうちの1人を代表者として選任し、その者が当該遺族補償年金の支給を代表して受けている場合には、その代表者が代表してこの報告書を提出すればたりるものであり、他の受給権者は提出する必要はない。
- 3 この報告書には、次に掲げる書類を添付するものとする。
  - (1) 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の戸籍の謄本又は抄本若しくはこれに代る市町村長又は区長の発行する証明書
  - (2) 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族のうち、廃疾の状態にあることにより遺族補償年金を受けることができる遺族である者については、その廃疾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及び資料
  - (3) 受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族については、その事実を認めることのできる書類

様式第17号

旅 行 費 支 給 申 請 書

(公務災害者福祉施設)

| (実施機関の職氏名)<br>..... 殿<br>下記の旅行費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>氏 名 ..... ㊦  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|---|-----|----|-----|-----|-----|----|--|--|--|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 (所属部局)                                  |  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 (氏 名)                                   | 3 (職 種)  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日 生                                   |  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 (負傷又は発病年月日)                             | 5 (福祉施設の実施の承認年月日)  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                                     | 年 月 日  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *6  | 上記の者が.....の目的のため当所に 年 月 日に到着し 年 月 日に出発したことを証明します。<br>年 月 日<br>施設の {所在地 名称 長の氏名} ..... ㊦  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 旅行費の内訳                                    | 7 旅行期間 往復 年 月 日 発 年 月 日 発 年 月 日 宿泊 年 月 日 着 日間<br>往復 年 月 日 発 年 月 日 宿泊 年 月 日 着 日間  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">月日</th> <th rowspan="2">出発地</th> <th rowspan="2">到着地</th> <th colspan="2">鉄 道</th> <th colspan="2">船 舶</th> <th colspan="2">車</th> <th rowspan="2">宿泊地</th> <th rowspan="2">泊 数</th> <th rowspan="2">宿泊料</th> <th rowspan="2">計</th> </tr> <tr> <th>路 程</th> <th>運賃</th> <th>路 程</th> <th>運賃</th> <th>路 程</th> <th>運賃</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>K</td> <td>円</td> <td>K</td> <td>円</td> <td>K</td> <td>円</td> <td></td> <td>泊</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">合 計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 月日  | 出発地 | 到着地 | 鉄 道 |     | 船 舶 |     | 車   |  | 宿泊地 | 泊 数 | 宿泊料 | 計 | 路 程 | 運賃 | 路 程 | 運賃  | 路 程 | 運賃 |  |  |  | K | 円 | K | 円 | K | 円 |  | 泊 | 円 | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 合 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 月日   |     |     |     | 出発地 | 到着地 | 鉄 道 |     | 船 舶 |  |     |     |     |   | 車   |    | 宿泊地 | 泊 数 | 宿泊料 | 計  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  | 路 程 | 運賃  | 路 程 |     |     | 運賃  | 路 程 | 運賃  |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |     |     | K   | 円   | K   | 円   | K   | 円   |  | 泊   | 円   | 円   |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 計                                       |  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 旅行費申請金額 円                               |  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 添付する書類その他の資料名                           |  |     |     |     |     |     |     |     |     |  |     |     |     |   |     |    |     |     |     |    |  |  |  |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|            |      |                               |                               |          |       |
|------------|------|-------------------------------|-------------------------------|----------|-------|
| 10 送金希望の場合 | 振込先  | 銀行                            | 支店                            | *受 理     | 年 月 日 |
|            | 預金科目 | <input type="checkbox"/> 普通預金 | <input type="checkbox"/> 当座預金 | *決 定     | 年 月 日 |
|            | 振込口座 | 住 所                           |                               | *支 払     | 年 月 日 |
|            |      | 氏 名                           |                               | *決 定 金 額 | 円     |

〔注意事項〕

- 1 申請者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 「\*6 旅行事実の証明」の欄の目的記載箇所には休養、リハビリテーション、補装具の採型又は修理装着の別を記入すること。
- 3 「7 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。

様式第18号

## 福 祉 施 設 申 請 書

|  |  |                             |   |
|--|--|-----------------------------|---|
| (実施機関の職氏名)<br>.....殿<br>下記の福祉施設を受けたいので申請します。 |  | 申請年月日 年 月 日                 |   |
|  |  | 申請者の住所<br>氏 名 ㊤<br>被災職員との続柄 |   |
| 1 (所属部局)                                     |  |                             |   |
| 2 (被災職員氏名)<br>年 月 日生                         |  | 3 (職 種)                     |   |
| 4 (負傷又は<br>発病年月日) 年 月 日                      |  | 5 (治ゆ又は<br>死亡年月日) 年 月 日     |   |
| 6 (傷病名)                                      |  | 7 (障害等級) 第 級 号              |   |
| 8 福祉施設の種類                                    | <input type="checkbox"/> 補装具 ( <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 再支給 <input type="checkbox"/> 修理 )<br><input type="checkbox"/> 外科後処置 <input type="checkbox"/> 休 養 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他 |                             |   |
| 9 内容及び理由                                     |  |                             |   |
| 10 希望する期間                                    | 年 月 日から 日間<br>年 月 日まで  |                             |   |
| 11 希望する施設及び<br>その所在地                         |  |                             |   |
| 12 添付する書類及び<br>資 料 名                         |  |                             |   |
| *受 理   | 年 月 日  | *通 知                        | 年 月 日   |
| *決 定   | 年 月 日  | *決 定 内 容                    | <input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不承認 |

## 〔注意事項〕

- 1 申請者は、\*印の欄には記入しないこと。該当する□に✓印を記入すること。
- 2 「5 治ゆ又は死亡年月日」の欄及び「7 障害等級」の欄には、まだ治ゆしていないときには記入しないこと。
- 3 「9 内容及び理由」の欄には、当該福祉施設に要する金額を予定できる場合にその予定額も記入すること。
- 4 「10 希望する期間」の欄には、休養又はリハビリテーションを受けようとする場合に記入すること。
- 5 外科後処置又はリハビリテーションを申請する場合には、その実施を必要と認める旨の医師の証明書を添付すること。

様式第19号(その1)

災害補償記録簿

No.

|                      |             |        |                |                                  |                                   |                        |         |           |          |       |                           |   |         |   |
|----------------------|-------------|--------|----------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|---------|-----------|----------|-------|---------------------------|---|---------|---|
| 1 被災職員<br>氏名<br>生年月日 | □男 □女<br>日生 | 6 傷病名  | 7 負傷発病<br>年月日  |                                  | 8 治ゆ年月日                           |                        | 9 死亡年月日 |           | 10 補償基礎額 |       | 11 故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間 |   | 12 障害補償 |   |
|                      |             |        | 年月日            | 年月日                              | 年月日                               | 年月日                    | 円       | 円         | 円        | 円     | 円                         | 円 | 円       | 円 |
| 2 住、所                | 3 所属部局      | 4 職 種  | 5 災害発生の状況とその原因 | 13 遺族補償                          |                                   | 14 葬祭補償                |         | 15 第三者加害為 |          | 16 備考 |                           |   |         |   |
|                      |             |        |                | 遺族補償年金<br>遺族補償一時金<br>年金額<br>一時金額 | 葬祭補償<br>葬祭を行なった者の氏名及び死亡職員との続柄又は関係 | 第三者加害為<br>加害者の氏名<br>住所 | 備考      | 金額        | 金額       | 金額    | 金額                        |   |         |   |
| 2 住、所                |             | 3 所属部局 |                | 13 遺族補償                          |                                   | 14 葬祭補償                |         | 15 第三者加害為 |          | 16 備考 |                           |   |         |   |
| 2 住、所                |             | 3 所属部局 |                | 13 遺族補償                          |                                   | 14 葬祭補償                |         | 15 第三者加害為 |          | 16 備考 |                           |   |         |   |

記入要領は、別記のとおりとする。

福祉施設記録簿

1号紙

| 1<br>補<br>装<br>具                     | 支給・再支給別     |             | 名<br>称           | 個<br>数                | 金<br>額                | 申<br>請<br>年<br>月<br>日 | 承<br>認<br>年<br>月<br>日                | 金<br>額      | 移<br>送<br>費<br>又<br>は<br>旅<br>行<br>費 | 7<br>備<br>考 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|-------------|--------------------------------------|-------------|
|                                      | 交<br>給<br>理 | 再<br>支<br>給 |                  |                       |                       |                       |                                      |             |                                      |             |
|                                      |             |             |                  |                       |                       |                       |                                      |             |                                      |             |
|                                      |             |             |                  |                       |                       |                       |                                      |             |                                      |             |
|                                      |             |             |                  |                       |                       |                       |                                      |             |                                      |             |
|                                      |             |             |                  |                       |                       |                       |                                      |             |                                      |             |
| 種<br>類                               | 実<br>施      | 内<br>容      | 実<br>施<br>期<br>間 | 申<br>請<br>年<br>月<br>日 | 承<br>認<br>年<br>月<br>日 | 金<br>額                | 移<br>送<br>費<br>又<br>は<br>旅<br>行<br>費 | 7<br>備<br>考 |                                      |             |
| 2<br>外科<br>後<br>置<br>処               |             |             |                  |                       |                       |                       |                                      |             |                                      |             |
| 3<br>休<br>養                          |             |             |                  |                       |                       |                       |                                      |             |                                      |             |
| 4<br>リ<br>ハ<br>ビ<br>リ<br>テ<br>ィ<br>ン |             |             |                  |                       |                       |                       |                                      |             |                                      |             |
| 5<br>リ<br>テ<br>ィ<br>ン                |             |             |                  |                       |                       |                       |                                      |             |                                      |             |
| 6<br>そ<br>の<br>他                     |             |             |                  |                       |                       |                       |                                      |             |                                      |             |
| 6<br>症<br>状<br>経<br>過                |             |             |                  |                       |                       |                       |                                      |             |                                      |             |

(裏 面)

(表 面)

(その2)

| 1 療 養 補 償 |      |    | 2 休 業 補 償 |    |    | 3 福 祉 施 設 |       |     |    |
|-----------|------|----|-----------|----|----|-----------|-------|-----|----|
| 支払年月日     | 療養期間 | 金額 | 支払年月日     | 日数 | 金額 | 補償基礎額     | 支払年月日 | 内 容 | 金額 |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |
| • • •     |      |    | • • •     |    |    |           | • • • |     |    |

2号紙



## 別記

## 〔記入要領〕

## Ⅰ 災害補償記録簿(表面)

- 1 この記録簿は、職員の災害が公務上のものであると認定された場合に作成し、補償が完結するまで順次必要事項を記入するものとする。
- 2 「3 所属部局」の欄には、職員が災害を受けた当時の所属部課及び係名を記入すること。
- 3 「4 職種」の欄には、職員が受けた当時の職名を、例えば議会議員、人事委員会委員、〇〇調査調査員等と記入すること。
- 4 「5 災害発生の状況とその原因」の欄は、具体的に記入すること。
- 5 「6 傷病名」の欄には、災害発生当時の傷病名及び傷病部位並びに当該傷病に起因して二次的に発生した公務上の傷病がある場合には、その傷病名及び傷病部位を記入すること。
- 6 「10 補償基礎額」の欄には、最初に決定した補償基礎額とその決定年月日を記入すること。
- 7 「11 故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間」の欄には、故意の犯罪行為又は重大な過失の有無について該当する□に√印を記入し、故意の犯罪行為又は重大な過失がある場合には療養を開始した日から起算して3年の期間の満了する日を記入すること。制限を受ける補償の種類については、該当する□に√印を記入すること。
- 8 「12 障害補償」の欄には、次のように記入すること。
  - (1) 補償の種類については、該当する□に√印を記入すること。
  - (2) 等級については、議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償に関する条例(以下「条例」という)別表の等級欄に規定する等級及び同表の身体障害欄に規定する番号を記入し、等級が同表で例によることとされている地方公務員災害補償法(以下「法」という)備考6により決定された場合には「準」の□に、等級が条例第15条の規定によりその例によることとされる法第29条第3項により決定された場合には「併給繰上げ」の□に、同条第5項により障害補償を行なつた場合には「加重」の□に√印を記入すること。
  - (3) 金額については、年金の場合は「年金額」の□に√印を記入し、その年額を記入し一時金の場合は「一時金額」の□に√印を記入しその金額を記入すること。
  - (4) 支給決定又は支払の年月日については、年金の場合は支給を決定した年月日を、一時金の場合は支出を決定した年月日を記入すること。なお、「13 遺族補償」の欄中の支給決定又は支払の年月日の記入についても同様とする。
- 9 「14 葬祭補償」の欄中の支払年月日については、支出を決定した年月日を記入すること。
- 10 「15 第三者加害行為」の欄には、第三者の加害行為によつて災害が発生した場合における加害者の氏名、住所のほか、求償額、示談額等必要事項を記入すること。

## Ⅱ 福祉施設記録簿(裏面)

- 1 この記録簿は、福祉施設の実施について承認した場合に記入する。
- 2 「1 補装具」の欄には、次のように記入すること。
  - (1) 「名称」の項には、補装具の種目(又は名称)及び型式を記入すること。
  - (2) 「旅行費」の項には、補装具の支給、再支給又は修理のために要した旅行費を記入すること。
  - (3) 「備考」の項には、補装具の製作者名、旅行区間等必要な事項を記入すること。
- 3 「2 外科後処置」、「3 休養」、「4 リハビリテーション」及び「5 その他」の欄には、次のように



記入すること。

- (1) 「実施内容」の項には、実施の目的、その内容、施設名等を簡潔に記入すること。
- (2) 「移送費又は旅行費」の項には、外科後処置のために要した移送費及び休養又はリハビリテーションのために要した旅行費を記入すること。
- 4 「6 症状経過」の欄には、公務災害が発生したとき以後の症状の経過の概要及び福祉施設の実施について承認があつたときの症状又は身体障害の状態を具体的に記入すること。
- 5 「7 備考」の欄には、施設の所在地、旅行区間、外科後処置を行なった場合の症状の経過等必要な事項を記入すること。

### Ⅲ 2号紙

- 1 「1 療養補償」、「2 休業補償」及び「3 福祉施設」の欄の「支払年月日」については、支出を決定した年月日を記入すること。
- 2 「3 福祉施設」の欄には、外科後処置、リハビリテーション等の実施で、福祉施設記録簿の該当欄に記入しきれないものを支払のつど記入すること。

障害補償年金記録簿

|  |                |               |       |
|--|----------------|---------------|-------|
| 1 災害補償記録簿番号  |                |               |       |
| 2 年金証書の番号  |                |               |       |
| 3 受給権者の氏名  |                |               |       |
| 5 障害等級   | 第 級 ( 年 月 日決定) |               |       |
|  | 第 級 ( 年 月 日決定) |               |       |
| 6 支給開始年月   |                | 年 月           |       |
| 7 障害の部位及びその程度  |                |               |       |
| 8 障害補償年金の年額  |                |               |       |
| 年 月から  | (補償基礎額(日数))    | 円             | 年 月から |
| 年 月から  | × =            | 円             | × =   |
| 年 月から  | × =            | 円             | × =   |
| 年 月から  | × =            | 円             | × =   |
| 年 月から  | × =            | 円             | × =   |
| 年 月から  | × =            | 円             | × =   |
| 年 月から  | × =            | 円             | × =   |
| 9 故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間   |                |               |       |
| <input type="checkbox"/> 有   |                | 年 月から         |       |
| <input type="checkbox"/> 無   |                | 年 月まで         |       |
| 10 厚生年金保険等の受給関係  |                |               |       |
| 当該傷病に関して支給されている年金の種類   |                | 支給されている年金の年額  |       |
| <input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の障害年金<br><input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金<br>(障害福祉年金を除く。)<br><input type="checkbox"/> 船員保険法の障害年金<br>(障害等級第 級) |                | 円             |       |
|  |                | 支給されることとなった年月 |       |
|  |                | 年 月           |       |
|  |                | 年金証書の記号番号     |       |
|  |                | 所轄社会保険事務所等    |       |
| 11 備考  |                |               |       |

記入要領は、別記のとおりとする。

(画) (終)

009600

遺族補償年金記録簿

1号紙

(裏面)

| 1 災害補償記録簿番号  |  | 氏名 |  | 生年月日 | 住所  | 死亡職員の<br>続柄 | 受給権者とな<br>った年月日 | その事由 | 年金記書の番号 | 備考 |
|--|--|----|--|------|---|-------------|-----------------|------|---------|----|
| 遺族補償年金受給資格者  |  |    |  |      |   |             |                 |      |         |    |
| 3 厚生年金保険法の遺族年金<br>当該死亡に関して支給されている年金の種類<br><input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の遺族年金<br><input type="checkbox"/> 国民年金法の<br><input type="checkbox"/> 母子年金 <input type="checkbox"/> 準母子年金<br><input type="checkbox"/> 母子福祉年金 (進母子福祉年<br>金を除く。<br><input type="checkbox"/> 遺児年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金<br><input type="checkbox"/> 船員保険法の遺族年金 |  |    |  |      |   |             |                 |      |         |    |
| 支給されている年金の年額   |  |    |  |      | 4 遺族補償年金の年額                                     |             |                 |      |         |    |
| 円  |  |    |  |      | 年 月 日から (補償基礎額) (率) = 円 年 月 日から (補償基礎額) (率) = 円 |             |                 |      |         |    |
| 支給されることとなった年月  |  |    |  |      | 年 月 日から (補償基礎額) (率) = 円 年 月 日から (補償基礎額) (率) = 円 |             |                 |      |         |    |
| 年 月  |  |    |  |      | 年 月 日から (補償基礎額) (率) = 円 年 月 日から (補償基礎額) (率) = 円 |             |                 |      |         |    |
| 年金証書の記号番号  |  |    |  |      | 年 月 日から (補償基礎額) (率) = 円 年 月 日から (補償基礎額) (率) = 円 |             |                 |      |         |    |
| 所轄社会保険事務所等   |  |    |  |      | 年 月 日から (補償基礎額) (率) = 円 年 月 日から (補償基礎額) (率) = 円 |             |                 |      |         |    |





## 別記

## 〔記入要領〕

- 1 この記録簿は、障害補償年金又は遺族補償年金の支給が決定された場合に作成し、同一事由による補償の継続する期間記入するものとする。
- 2 当該補償が障害補償年金の場合には、障害補償年金記録簿を用いるものとし、次の要領により記入すること。
  - (1) 「5 障害等級」欄には、最初に障害補償年金の支給を決定した場合の当該障害の等級及び決定年月日を最初の欄に記入し、支給開始後障害等級に変更があつた場合には変更後の障害等級及び変更決定年月日を次の欄以下に記入すること。
  - (2) 「6 支給開始年月」の欄には、当該障害の原因である傷病が治癒した月の翌月の年月を記入すること。
  - (3) 「8 障害補償年金の年額」の欄には、最初に障害補償年金の支給を決定したときの年額を最初の欄に記入し、以下の欄には年金額の改定のつど順次記入すること。
  - (4) 「9 故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間」の欄には、災害補償記録簿の記入要領の8の例により記入すること。
  - (5) 「11 備考」の欄には、証書の再交付及びその事由、支給事由が消滅した場合の年月日及び事由、調査を行なつた場合の年月日及び結果の概要その他必要な事項を記入すること。
- 3 当該補償が遺族補償年金の場合には、遺族補償年金記録簿を用いるものとし、次の要領により記入すること。
  - (1) 「2 遺族補償年金の受給資格者」の欄には、遺族補償年金を受けることができる遺族全員について、次のように記入すること。
    - イ 記入の順序は、議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償に関する条例(以下「条例」という。)第11条第2項に規定する順序によること。
    - ロ 「受給権者となつた年月日」の項には、その者が遺族補償年金を受ける権利を有する者となつた年月日を記入すること。
    - ハ 「その事由」の項には、その者が遺族補償年金を受ける権利を有する者となつた事由を記入すること。
    - ニ 「備考」の欄には、その者が受給権者であるときは(権)と、受給権者と生計を同じくしている者であるときは(生)と、条例第11条第1項第4号に規定する廃疾の状態にあるときは(廃)と記入し、その者が権利を失つたとき又は遺族補償年金を受けることができる遺族でなくなつたときはその年月日及び事由を記入し、その他必要な事項を記入すること。
  - (2) 「4 遺族補償年金の年額」の欄については、上記2の(3)の例により記入すること。
- 4 2号紙については、次のように記入すること。
  - (1) 「支給に係る月」の欄には、例えば昭和43年3月の支払の場合には42年12月～43年2月分と記入すること。
  - (2) 「受給権者氏名」の欄には、当該補償が遺族補償年の場合に記するとし、当該補償が障害補償年金の場合には記入する必要はない。
  - (3) 「支払年月日」の欄には、支払決定を行なつた年月日を記入すること。
  - (4) 「支払場所」の欄には、補償を支払つた場所例えば実施機関で直接受給権者に支払つた場合には「実施

機関」と銀行送金又は郵便振替によつて指定金融機関又は郵便局の窓口で支払つた場合には、その指定金融機関又は郵便局の名称を記入すること。

- 5 当該補償が遺族補償年金の場合で条例附則第3条に規定する一時金を支給したときは、2号紙の「備考」の最初の欄に支給額及び支給年月日を記入し、「支給に係る月」及び「支払金額」の欄には、当該一時金の支給により停止されている遺族補償年金がかりに支給されていたとしたら記入すべき事項を赤字で記入すること。ただし、一時金を支給した月の翌月から一年を経過した月以後の「支払金額」の欄に記入する金額については条例附則第3条第2項第2号の規定による算定を行なつた金額とする。