

毎週火、金曜日発行(但休日当るときは翌日)
昭和四年四月十五日第三種郵便物認可

鳥取県公報

◇教委規則 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償に關する規則の一部改正
災害補償に關する規則の一部改正

教育委員会規則

学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償に關する規則の一部を改正する規則をここに公布する。
昭和三十七年十月二十三日

鳥取県教育委員会委員長職務代行者 小田 大吉
鳥取県教育委員会規則第八号

学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償に關する規則の一部を改正する規則
学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償に關する規則(昭和三十四年十月鳥取県教育委員会規則第十

一号)の一部を次のように改正する。
第六条の次に次の四条を加える。

2 前項の規定による支給を受けようとする者は、当該補償を受けるべき事由の生じた日の属する月の翌月以降毎月十五日までに、第一種障害補償支給請求書(別記第四号様式の二)を実施機関に提出しなければならぬ。

3 前項の第一種障害補償支給請求書を最初に提出するときは、印鑑票(別記第四号様式の三)を添付しなければならない。

第六条の三 市町村の教育委員会は、第一種障害補償を

受ける者の請求に基づき、又は職権により、法第五条に規定する学校医等に係る条例第八条第六項の規定による障害補償を行う場合は、あらかじめ県の教育委員会と協議しなければならない。

第六条の四 実施機関は、第一種障害補償の支給に関する通知をするときは、当該補償を受けるべき者に対してあわせて第一種障害補償証書(別記第四号様式の四)を交付しなければならない。

2 実施機関は、すでに交付した第一種障害補償証書の記載事項を変更する必要があるが生じた場合は、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、第一種障害補償証書の提出又は提示を求めることができる。

第六条の五 第一種障害補償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る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 第一種障害補償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。

第十一条中「公務災害補償記録簿(別記第七号様式)の下に」並びに第一種災害補償記録簿(別記第七号様式の二)を加える。

第十二条の次に次の二条を加える。
(定期報告)

第十三条 第一種障害補償を受ける者は、毎年一回二月一日から同月末日までの間にその障害の現状に関する報告書(別記第八号様式)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。

第十四条 第一種障害補償を受ける者は、次の各号に掲げる場合には、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。

一 氏名を変更した場合

二 改印した場合

三、その者の身体障害が条例別表第二に掲げる身体障害の程度を変更し、又はその程度に該当しなくなつた場合

2 前項各号(第二号を除く。)の場合に該当して届出をするときは、あわせて第一種障害補償証書を提出しなければならない。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償に関する規則第六条の二、第六条の三、第六条の四及び第十一条の規定は、昭和三十六年十月一日から適用する。

第4号様式の3

印 鑑 票	
第一種障害補償 証書番号	第 号
職員の氏名 生年月日	年 月 日生
印 鑑	
届出年月日	昭和 年 月 日

第4号様式の2

学校医等公務災害補償
第一種障害補償支給請求書

(実施機関の長の職氏名)

股

下記のとおり第一種障害補償の支給を請求します。

昭和 年 月 日

請求者の住所

氏 名 印

(届出の印鑑をおして下さい)

記

- 1 障害等級 第 級
- 2 請求期間 昭和 年 月 日から
昭和 年 月 日まで
- 3 請求金額 金 円
- 4 第一種障害補償支給開始年月日及び証書番号
昭和 年 月 日 第 号

第4号様式の4(裏面)

注 意 事 項

- この証書は、公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律によつて、第一種障害補償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下さい。
- この補償は、年額を等分して毎月分をその翌月に支払いますから、下記の支給額により毎月15日までに前月分の支給請求書を実施機関に提出して下さい。
- 支給請求書を最初に提出するときは、印鑑票を添えて下さい。また改印したときは、新たな印鑑票を提出して下さい。
- 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下さい。
 - イ 氏名を変更した場合
 - ロ 身体障害がほとんど消滅した場合
- 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。
- 身体障害の程度に変更が生じたと思われる場合は、その事由を付して障害等級の変更を実施機関に請求して下さい。また、このような場合、実施機関が必要と認めれば職権によつて調査を行ない障害等級の変更決定をすることがあります。
- この証書を亡失したり、損傷したときは再交付を実施機関に請求して下さい。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。
- あなたは、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に関する報告書を提出しなければなりません。

初年度支給金額		翌年度以降支給金額	
最初の月分	円	平 月 分	円
平 月 分	円	2 月 分	円
2 月 分	円		

第4号様式の4(表面)

第 号

学校医等公務災害補償

第一種障害補償証書

受給権者氏名 _____

障 害 等 級 第 _____ 級

第一種障害補償年額 金 _____ 円

支給開始年月日 昭 和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律の規定によつて上記のとおり支給します。

昭 和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(実施機関の長の職氏名)

印

第7号様式の2(甲)

学校医等公務災害補償
第一種障害補償記録簿

災害補償記録簿番号

1 氏名		氏名		住所	
2 職名	3 学校医等の所属名	4 性別	5 傷病名	住所	
6 負傷発病年月日	昭和 年 月 日	7 障害等級	第 級 号	証書の交付等の年月日、証書番号及びその事由	
8 第一種障害補償日	昭和 年 月 日	9 第一種障害補償額	(平均給与額) × (日数) = 円	重大な遺失の有無及び支給制限期間	
10 障害の概況	11 証書の交付等の年月日、証書番号及びその事由		12 重大な遺失の有無及び支給制限期間		
13 第一種障害補償の消滅年月日及びその事由			14 昭和 年 月 日		

第7号様式の2(乙)

14 第一種障害補償年額	15 最初の月又は変更等の生じた月分	16 平 月 分	17 初年度分	18 翌年度以降の2月分	19 変更年月日	20 変更の事由
円	円	円	円	円	年 月 日	
円	円	円	円	円	年 月 日	
円	円	円	円	円	年 月 日	
円	円	円	円	円	年 月 日	
円	円	円	円	円	年 月 日	
円	円	円	円	円	年 月 日	
円	円	円	円	円	年 月 日	
円	円	円	円	円	年 月 日	
円	円	円	円	円	年 月 日	
円	円	円	円	円	年 月 日	

備考

第8号様式(表面)

学校医等公務災害補償
療養の現状報告書

(記入注意)

- 1 療養、障害についてはいずれかを○で囲むこと。
- 2 5の欄の記入にあたっては、最近1年間について記入すること。
- 3 報告者は8の医師の証明欄には記入しないこと。

(実施機関の長の職氏名)

..... 殿

下記のとおり療養の現状を報告します。

昭和 年 月 日

報告者の住所

氏 名

1 負傷又は発病の日 2 療養開始の日 3 第一種障害補償支給開始年月日及び証書番号

昭和 年 月 日 昭和 年 月 日 昭和 年 月 日 第 号

4 傷病名又は障害等級

5 傷病の経過又は身体傷害の状況

6 日常生活の概況

添付書類又は物件名

第7号様式の2(丙)

昭和 年度	昭和 年度		考	昭和 年度	昭和 年度		考
	支払月日	支払金額			支払月日	支払金額	
3月分	月 日	円		3月分	月 日	円	
4月分	月 日	円		4月分	月 日	円	
5月分	月 日	円		5月分	月 日	円	
6月分	月 日	円		6月分	月 日	円	
7月分	月 日	円		7月分	月 日	円	
8月分	月 日	円		8月分	月 日	円	
9月分	月 日	円		9月分	月 日	円	
10月分	月 日	円		10月分	月 日	円	
11月分	月 日	円		11月分	月 日	円	
12月分	月 日	円		12月分	月 日	円	
1月分	月 日	円		1月分	月 日	円	
2月分	月 日	円		2月分	月 日	円	
支払金額の合計			円	支払金額の合計			円
支払金額の累計			円	支払金額の累計			円

第8号様式(裏面)

8

医師の証明

(イ) 傷病名又は身体障害の種類

(ロ) 傷病の経過及び治療方法の概要

(ハ) 傷病又は身体障害の現状

(ニ) 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。

昭和 年 月 日

病院又は診療所	所在地
	名称
	医師氏名

印

昭和四年十月二十五日第三種郵便物認可

発行日 火 金

発行者 鳥取県鳥取市栗谷一丁目
 印刷所 鳥取県鳥取市栗谷一丁目
 定価 一月五〇円(送料共)