別記様式第10号

公務
通勤　災害治ゆ届

令和　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金鳥取県支部長　殿

住所

氏名　　㊞

認定番号		
所属団体部局名		
被災職員職・氏名	職名　　氏名	
療養の経過等	認定傷病名	
	治療期間	自　　年　　月　　日　至　　年　　月　　日
	治ゆ年月日	年　　月　　日　最終受診日又は最終受診日が属する月の末日
	治ゆの程度	□完全治ゆ　□症状固定
	障害の有無	□有　□無
	現在の状況	

上記のとおり確認しました。

令和　　年　　月　　日

所属長の職・氏名　　㊞

（注）1．該当する□に✓印をすること。
2．「治ゆ」とは、完全治ゆのほか、症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった状態（症状固定）をいうものであること。
3．この届は、治ゆ後速やかに所属長の確認を受け、任命権者を経由して提出すること。