

○奈良県市町村非常勤職員の公務災害補償請求書等の様式に関する規程

平成31年3月1日

奈良県市町村総合事務組合訓令第5号

改正 令和2年7月10日訓令第4号

令和3年11月12日訓令第3号

奈良県市町村非常勤職員の公務災害補償等に関する条例（平成20年奈良県市町村総合事務組合条例第28号（以下次表において「条例」という。））、同施行規則（平成20年奈良県市町村総合事務組合規則第14号（以下同じく「規則」という。））及び奈良県市町村非常勤職員の福祉事業の実施に関する規程（平成31年奈良県市町村総合事務組合訓令第4号（以下同じく「規程」という。））に定める補償の請求書等の様式は、次の表に定めるところによるものとする。

名称	様式	関係条文
非常勤職員公務（通勤）災害発生報告書	様式第1号	規則第3条
非常勤職員公務（通勤）災害認定請求書	様式第2号	規則第3条
非常勤職員公務災害補償通知書	様式第3号	規則第4条
非常勤職員通勤災害補償通知書	様式第3号の2	規則第4条
療養補償請求書	様式第4号	条例第7条・規則第9条第1号
休業補償請求書	様式第5号	条例第8条・規則第9条第2号
休業援護金申請書		規程第7条、第31条第4号
休業補償請求書（離職者用）	様式第5号の2	条例第8条・規則第9条第2号
休業援護金申請書（離職者用）		規程第7条、第31条第4号
傷病補償年金請求書	様式第6号	条例第8条の2・規則第9条第3号
傷病特別支給金申請書		規程第11条、第31条第10号
傷病特別給付金申請書		規程第16条、第31条第10号
傷病補償年金変更請求書	様式第6号の2	条例第8条の2・規則第9条第4号
長期家族介護者援護金申請書	様式第6号の3	規程第25条、第31条第14号
障害補償年金請求書	様式第7号	条例第9条・規則第9条第5号

障害特別支給金申請書		規程第12条、第31条第11号
障害特別援護金申請書		規程第14条、第31条第11号
障害特別給付金申請書		規程第17条、第31条第11号
障害補償一時金請求書	様式第7号の2	条例第9条・規則第9条第6号
障害特別支給金申請書		規程第12条、第31条第11号
障害特別援護金申請書		規程第14条、第31条第11号
障害特別給付金申請書		規程第17条、第31条第11号
障害補償変更請求書	様式第7号の3	条例第9条・規則第9条第7号
障害補償年金差額一時金請求書	様式第7号の4	条例附則第2条の3・規則第9条第8号
障害差額特別給付金申請書		規程第20条、第31条第13号
障害補償年金前払一時金請求書	様式第7号の5	条例附則第2条の4・規則第9条第9号
介護補償請求書	様式第7号の6	条例第10条の2・規則第9条第10号
遺族補償年金請求書遺	様式第8号	条例第11条、第12条・規則第9条第11号
遺族特別支給金申請書		規程第13条、第31条第12号
遺族特別援護金申請書		規程第15条、第31条第12号
遺族特別給付金申請書		規程第19条、第31条第12号
遺族補償年金前払一時金請求書	様式第8号の2	条例附則第3条・規則第9条第12号
遺族補償一時金請求書	様式第8号の3	条例第14条・規則第9条第13号
遺族特別支給金申請書		規程第13条、第31条第12号
遺族特別援護金申請書		規程第15条、第31条第12号
遺族特別給付金申請書		規程第19条、第31条第12号
葬祭補償請求書	様式第9号	条例第15条・規則第9条第14号
未支給の補償請求書	様式第10号	規則第9条第15号
未支給の福祉事業申請書		規程第31条第16号
遺族補償年金支給停止申請書	様式第11号	規則第12条
遺族補償年金支給停止解除申請書	様式第12号	規則第12条
年金証書	様式第13号	規則第13条
療養の現状等に関する報告書	様式第14号	規則第15条の2

障害の現状報告書（傷病補償年金）	様式第15号	規則第16条
障害の現状報告書（障害補償年金）	様式第15号の2	規則第16条
遺族の現状報告書	様式第16号	規則第16条
外科後処置費申請書	様式第17号	規程第3条、第31条第1号
アフターケア費用申請書		規程第6条、第31条第1号
補装具費用申請書	様式第18号	規程第4条、第31条第2号
リハビリテーション費用申請書	様式第19号	規程第5条、第31条第3号
在宅介護を行う介護人の派遣費用申請書	様式第20号	規程第8条、第31条第5号
奨学援護金申請書	様式第21号	規程第9条、第31条第6号
就労保育援護金申請書	様式第22号	規程第10条、第31条第8号
旅行費申請書	様式第23号	規程第29条、第31条第15号
奨学援護金の現状報告書	様式第24号	規程第9条、第31条第7号
就労保育援護金の現状報告書	様式第25号	規程第10条、第31条第9号
災害補償記録簿・（裏）2号紙・3号紙（第三者加害）	様式第26号	規則第27条
福祉事業記録簿・（裏）2号紙	様式第27号	規則第27条
傷病補償年金記録簿・（裏）2号紙	様式第28号	規則第27条
障害補償年金記録簿・（裏）2号紙	様式第29号	規則第27条
遺族補償年金記録簿・（裏）2号紙	様式第30号	規則第27条

附 則

（施行期日）

- 1 この規程は、平成31年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規程の施行の日の前日までに、規則の規定によりなされた手続その他の行為は、同規程の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（令和2年7月10日訓令第4号）

（施行期日）

- 1 この訓令は、公布の日から施行し、改正後の奈良縣市町村非常勤職員の公務災害補

償請求書等の様式に関する規程（以下「改正後の規程」という。）の規定は、令和2年4月1日（以下「適用日」という。）から適用する。

（経過措置）

- 2 改正後の規程別記様式第6号の3の規定は、適用日以後の期間に係る長期家族介護者援護金の請求について適用し、適用日前の期間に係る長期家族介護者援護金の請求については、なお従前の例による。
- 3 改正後の規程別記様式第7号の6の規定は、適用日以後の期間に係る介護補償の請求について適用し、適用日前の期間に係る介護補償の請求については、なお従前の例による。

附 則（令和3年11月12日訓令第3号）

（施行期日）

この訓令は、公布の日から施行する。

様式第1号

年 月 日

奈良県市町村総合事務組合
管理者 様

組合市町村の長
(市町村議会の議長)

〔公務〕
〔通勤〕 災害発生報告について

下記職員について、〔公務〕
〔通勤〕 災害が発生した旨の報告が別添認定請求書のとおりあり
ましたので、関係書類を添えて送付します。

記

・ 被災職員の所属部課、職種及び氏名

(1) 所属部課

(2) 職 種

ふりがな
(3) 氏 名

様式第2号

非常勤職員公務(通勤)
災害認定請求書

		※ 認定番号	
奈良県市町村総合事務組合管理者様 下記の災害については、〔公務通勤〕により 生じたものであることの認定を請求します。		請求年月日 年 月 日 請求者の住所 ふりがな氏名 被災職員との続柄	
1 被災職員に関する事項	所属市町村名	所属部局名・(担当者名) ()	
	ふりがな氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年 月 日生(歳)	
	職 種	保険証及び保険者番号 第 号	
	災害発生の日時	年 月 日 午 前後 時 分頃	
	災害発生の場所		
	傷 病 名		
	傷病の部位及びその程度		
2 第三者加害の場合	第三者の氏名	第三者の住所	
※ 受 理	年 月 日	※ 認 定	年 月 日
※ 決 定	年 月 日		<input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外

3	災害発生 の状況と その原因	(1) 災害発生の状況
		(2) 通勤災害の場合 ア 災害発生の日の勤務開始の時刻又は勤務終了の時刻 <input type="checkbox"/> 勤務開始 午前 時 分ごろ <input type="checkbox"/> 勤務終了 午後 時 分ごろ イ 災害発生の日に住居を離れた時刻又は勤務場所を離れた時刻 <input type="checkbox"/> 住居 午前 時 分ごろ <input type="checkbox"/> 勤務場所 午後 時 分ごろ
※	4	1から3までについては、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 市町村長名
5	添付する 書類、 その他 の資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 雇用契約書の写 <input type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> 災害発生状況図 <input type="checkbox"/> 事故発生状況報告書 <input type="checkbox"/> 報酬等の支出命令書等の写 <input type="checkbox"/> その他()
※	6	任命権者の意見 年 月 日 任命権者の職・氏名

(注意事項)

1. 請求者は、※印欄には記入しないこと。また、該当する箇所を○で囲み、該当する□にレ印を記入すること。
2. 「3災害発生の状況とその原因」の欄の記入にあたって別紙用紙を用いるときは、本欄に「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属市町村の長の証明を受けること。
3. この請求書には、次に掲げる書類を添付するものとする。
 - (1) 医師の所見、定期健康診断の記録、既往歴等公務上によるものであるかどうかを認定するために参考となる事項を記した書類
 - (2) その他必要な書類

様式第3号

非常勤職員公務災害
補償通知書

年 月 日

様

奈良県市町村総合事務組合
管理者

年 月 日付けをもって認定請求のあった下記の災害については、
奈良県市町村非常勤職員の公務災害補償等に関する条例第3条の規定により、
審査の結果公務災害と認定したので、通知します。

記

- 1 被災者の所属市町村
- 2 被災者の職氏名
- 3 傷 病 名
- 4 災害発生年月日
- 5 認 定 番 号

(注意事項)

- 1 あなたは、裏面記載の療養補償等それぞれの事由に応ずる補償を受けられます。
ただし、補償条例の規定により制限を受ける場合もありますので、所属の市町村役場とよく連絡をとり、その指示を受けてください。
- 2 補償を受ける権利は、2年間(障害補償及び遺族補償については、5年間)行わないときは、時効によって消滅します。
- 3 組合の行う補償の実施について、不服がある場合には、規則第22条に定める手続に従って、公務災害補償等審査会に対して審査を申し立てることができます。
- 4 その他詳細については、所属の市町村役場に問い合わせてください。

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、右の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。

- ア 診察
- イ 薬剤又は治療材料の支給
- ウ 処置、手術その他の治療
- エ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- オ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- カ 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100分の60に相当する金額の休業補償を受けることができます。

(3) 傷病補償年金

公務上の負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6箇月を経過した日以後において、条例に定められている程度の障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受けることができます。なお、傷病補償年金を受ける場合には、休業補償を受けることができません。

(4) 障害補償

公務上の負傷又は疾病が治ったとき、条例に定められている程度の障害が残ったときは、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。

(5) 障害補償年金前払一時金

年金の障害補償を受けることができる場合は、申出により、障害の程度に応じた額の範囲で選択した障害補償年金前払一時金を受けることができます。なお、年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(6) 介護補償

傷病補償年金又は年金の障害補償を受けることができる場合で、規則で定める程度の障害により常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、実際に介護を受けているときは、その期間(病院等に入院している期間を除く。)、介護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って、職員の死亡の当時、その収入によって生計を維持しており、次の①から⑦まで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。

- ① 妻及び60歳以上の夫
- ② 18歳に達する同以後の最初の3月31日までの間にある子
- ③ 60歳以上の父母
- ④ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある孫
- ⑤ 60歳以上の祖父母
- ⑥ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか又は60歳以上の兄弟姉妹
- ⑦ 55歳以上60歳未満の夫、父母、祖父母、兄弟姉妹

ただし、職員の死亡の当時、条例で定める障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、年齢に関係なく年金を受けることができます。

遺族補償年金を受ける順位は、上記①から⑦までの番号のとおりであり、⑦に掲げる者にあつては、夫、父母、祖父母、兄弟姉妹の順序となります。遺族補償年金は上記の順序による最先順位者(遺族補償年金を受ける権利を有する者)に対して支給されます。ただし、⑦に掲げる者は、60歳に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

(2) 遺族補償年金前払一時金

あなたが、(1)により遺族補償年金を受ける権利を有する場合には、申出により、一定の額の範囲で選択した遺族補償年金前払一時金を受けることができます。なお、遺族補償年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(3) 葬祭補償

あなたが公務上死亡した職員の葬祭を行う者である場合は、通常葬祭に要する費用を考慮して条例施行規則で定める金額の葬祭補償を受けることができます。

(4) 障害補償年金差額一時金

あなたが障害補償年金の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給された障害補償年金及び障害補償年金前払一時金の合計額が、条例に定める障害の程度に応じた額に満たないときは、その差額に相当する額の障害補償年金差額一時金を受けることができます。

(5) 未支給の補償

あなたが補償の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給されるべき補償でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

様式第3号の2

非常勤職員通勤災害
補償通知書

年 月 日

様

奈良県市町村総合事務組合
管理者

年 月 日付けをもって認定請求のあった下記の災害については、
奈良県市町村非常勤職員の公務災害補償等に関する条例第3条の規定により、
審査の結果通勤災害と認定したので、通知します。

記

- 1 被災者の所属市町村
- 2 被災者の職氏名
- 3 傷 病 名
- 4 災害発生年月日
- 5 認 定 番 号

(注意事項)

- 1 あなたは、裏面記載の療養補償等それぞれの事由に応ずる補償を受けられます。
ただし、補償条例の規定により制限を受ける場合もありますので、所属の市町村役場とよく連絡をとり、その指示を受けてください。
- 2 補償を受ける権利は、2年間(障害補償及び遺族補償については、5年間)行わないときは、時効によって消滅します。
- 3 組合の行う補償の実施について、不服がある場合には、規則第22条に定める手続に従って、公務災害補償等審査会に対して審査を申し立てることができます。
- 4 その他詳細については、所属の市町村役場に問い合わせてください。

補 償 の 内 容

1 あなたが被災職員である場合

(1) 療養補償

通勤による負傷又は疾病については、右の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。

- ア 診察
- イ 薬剤又は治療材料の支給
- ウ 処置、手術その他の治療
- エ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- オ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- カ 移送

(2) 休業補償

通勤による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100分の60に相当する金額の休業補償を受けることができます。

(3) 傷病補償年金

通勤による負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6箇月を経過した日以後において、条例に定められている程度の障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受けることができます。なお、傷病補償年金を受ける場合には、休業補償を受けることができません。

(4) 障害補償

通勤による負傷又は疾病が治ったとき、条例に定められている程度の障害が残ったときは、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。

(5) 障害補償年金前払一時金

年金の障害補償を受けることができる場合は、申出により、障害の程度に応じた額の範囲で選択した障害補償年金前払一時金を受けることができます。なお、年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(6) 介護補償

傷病補償年金又は年金の障害補償を受けることができる場合で、規則で定める程度の障害により常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、実際に介護を受けているときは、その期間(病院等に入院している期間を除く。)、介護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

あなたが通勤により死亡した職員の遺族であって、職員の死亡の当時、その収入によって生計を維持しており、次の①から⑦まで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。

- ① 妻及び60歳以上の夫
- ② 18歳に達する同以後の最初の3月31日までの間にある子
- ③ 60歳以上の父母
- ④ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある孫
- ⑤ 60歳以上の祖父母
- ⑥ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか又は60歳以上の兄弟姉妹
- ⑦ 55歳以上60歳未満の夫、父母、祖父母、兄弟姉妹

ただし、職員の死亡の当時、条例で定める障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、年齢に関係なく年金を受けることができます。遺族補償年金を受ける順位は、上記①から⑦までの番号のとおりであり、⑦に掲げる者については、夫、父母、祖父母、兄弟姉妹の順序となります。遺族補償年金は上記の順序による最先順位者(遺族補償年金を受ける権利を有する者)に対して支給されます。ただし、⑦に掲げる者は、60歳に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

(2) 遺族補償年金前払一時金

あなたが、(1)により遺族補償年金を受ける権利を有する場合には、申出により、一定の額の範囲で選択した遺族補償年金前払一時金を受けることができます。なお、遺族補償年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(3) 葬祭補償

あなたが通勤により死亡した職員の葬祭を行う者である場合は、通常葬祭に要する費用を考慮して条例施行規則で定める金額の葬祭補償を受けることができます。

(4) 障害補償年金差額一時金

あなたが障害補償年金の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給された障害補償年金及び障害補償年金前払一時金の合計額が、条例に定める障害の程度に応じた額に満たないときは、その差額に相当する額の障害補償年金差額一時金を受けることができます。

(5) 未支給の補償

あなたが補償の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給されるべき補償でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

3 一部負担金

あなたが通勤による負傷又は疾病に係る療養補償を受ける職員である場合は、一部負担金を納入しなければなりません。

療 養 補 償 請 求 書

認定番号
請求回数 第 回

奈良県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日 年 月 日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所	
		ふりがな 氏 名	
1	受領委任 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		
	委任に基づく支払い請求 上記委任に基づきこの請求書による療養補償の支払いを請求します。 支払請求者の住所	支払請求者の氏名	
2	所属市町村部局	職 種	
	氏 名	年 月 日生(歳)	
	負傷又は発病年月日	年 月 日	
3	診 療 費	内訳は「※11 診療費請求明細」欄記載のとおり	円
4	調 剤 費	内訳は「※12 調剤費請求明細」欄記載のとおり	円
5	看 護 料	内訳は「※13 訪問看護事業者の明細」欄記載のとおり	円
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	<input type="checkbox"/> 看護婦 <input type="checkbox"/> 付添婦 <input type="checkbox"/> その他		
6	移 送 費	交通費 から まで <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 _____ Km	円
		その他の移送費	円
7	上記以外の療養費		円
8	療養補償請求金額 (3~7の合計)		円
9	添付する書類 その他の資料名		
10	振込先 金融機関名	銀行 支店	※受 理 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※通 知 年 月 日
	口座番号		※支 払 年 月 日
	フリガナ 預金名義者		※決定金額 円

〔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 「認定番号」の欄は、第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」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「※11 診療費請求明細」、「※12 調剤費請求明細」又は「※13 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。
- 7 「診療報酬点数表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。

※11 診療費請求明細				(職員氏名)										
傷病名	ア イ ウ			診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日	診療期間	年 年	月 月	日から 日まで		
初診	時間外・休日・深夜			回	点				診療実日数	日				
再診	再 外 来 診 料 加 算	診 料 加 算	×	回					傷病の経過					
	再 外 来 診 料 加 算	診 料 加 算	×	回										
	再 外 来 診 料 加 算	診 料 加 算	×	回										
	再 外 来 診 料 加 算	診 料 加 算	×	回										
	再 外 来 診 料 加 算	診 料 加 算	×	回										
	再 外 来 診 料 加 算	診 料 加 算	×	回										
指導				回					年 月 日					
在宅	往 夜 深 住 宅 の 薬	診 問 急 問 他 剤	×	回					転帰	治ゆ	継続	転医	中止	死亡
			×	回					摘要					
			×	回										
			×	回										
			×	回										
			×	回										
			×	回										
注射	皮 下 筋 肉 内 他	筋 脈 の	×	回										
			×	回										
処置	薬剤			回										
手術	薬剤			回										
検査	薬剤			回										
画像診断	薬剤			回										
その他				回										
11	入院年月日	年 月 日												
入院	病 院	基 食	看 特 2	入院時基本診療料 (室料・看護料・給食料)										
			看 特 1	食有	×	日間								
			看 特 1	食無	×	日間								
			看 特 1	特食	×	日間								
診療所	診 療 所	基 寝 ・ 衣	看 1	入院時医学管理料 2週間以内										
			看 2	2週間超～1月以内	×	日間								
			看 3	1月超～3月以内	×	日間								
			その他	3月超	×	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		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。 (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</p> <p>診療機関の { 所在地 名称 医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>														

*13 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	
傷病の経過		年 月 日まで	
		訪問看護の回数 回	
保健師・看護師・理学療法士・作業療法士	指示年月日	年 月 日	
	主治医への直近 報告年月日	年 月 日	
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		
円 × 回 円	22 23 24 25 26 27 28		
	29 30 31		
管 理 初 日	円		
療 養 費 2回以降	円		
情報提供 療 養 費	提供した情報の概要		
	情報提供先の市区町村名		
	円		
ターミナル ケ ア 療 養 費	死亡年月日	(備考)	
	年 月 日		
合 計	円		
訪問看護の指示を受けた医療機関の名称及び主治医の氏名			
医療機関の名称			
主治医氏名			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 (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	
		所在地	
		名 称	
		薬剤師の氏名	
		①	

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

奈良県市町村総合事務組合管理者様		請求年月日 年 月 日	
下記の〔休業補償〕を〔請求〕します。 〔休業援護金〕		請求者の住所	
		ふりがな 氏名	
1	組合市町村名	職 種	
事に被災 関する職 項る員	氏 名	年 月 日生(歳)	
	負傷又は発病の年月日	年 月 日	
2	年 月 日から 年 月 日まで の内 日	〔全部休業した日数 日〕 〔一部休業した日数 日〕	
日請求 数等求	〔全部休業した日に支払われた給与の額 円〕 〔一部休業した日に支払われた給与の額 円〕		
※3 長の証明 組合市町 村	1及び2については、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 組合市町村長職氏名		
4 休 業 補 償	全部休業した日について の計算	(補償基礎額) $\left[\begin{matrix} \text{得ることができた給与} \\ \text{その他の業務上の収入} \end{matrix} \right]$ 円 × $\frac{60}{100}$ - 円 = 円	(請求日数) 円 × 日 = 円 ①
	一部休業した日について の計算	(補償基礎額) $\left[\begin{matrix} \text{得ることができた給与} \\ \text{その他の業務上の収入} \end{matrix} \right]$ 円 - 円 = 円 ㉞ ㉞又は㉟のうちいずれか低い額 $\times \frac{60}{100} =$ 円	(管理者が最高限度 額として定める額) 円 ㉟ (請求日数) 円 × 日 = 円 ②
	休業補償請求金額	①+② 円	
	5 休 業 援 護 金	全部休業した日について の計算	㉠休業補償を受ける場合 (補償基礎額) 円 × $\frac{20}{100} =$ 円 ㉡休業補償を受けない場合 (補償基礎額) $\left[\begin{matrix} \text{得ることができた給与} \\ \text{その他の業務上の収入} \end{matrix} \right]$ 円 × $\frac{80}{100}$ - 円 = 円
	一部休業した日について の計算	(補償基礎額) $\left[\begin{matrix} \text{得ることができた給与} \\ \text{その他の業務上の収入} \end{matrix} \right]$ 円 - 円 = 円 ㉞ ㉞又は㉟のうちいずれか低い額 $\times \frac{20}{100} =$ 円	(管理者が最高限度 額として定める額) 円 ㉟ (請求日数) 円 × 日 = 円 ⑤
	休業援護金申請金額	③+④+⑤ 円	
6	厚生年金保険法等の適用関係	<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	

※7 医 師 の 証 明	傷病名		現在の状況		年	月	日
	請求日数のうち療養のために勤務することができなかったと認められる日数		<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		年	月	日
	年	月					
	年	月	日まで				
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 { 所在地 名称 医師の氏名							
8 送 金 先	振込先 金融機関名	銀行	※ 受 理	年 月 日			
		支店	※ 休 業 補 償 決定金額	条例第10条の制限			
	□普通預金 □当座預金 □その他()			□有 □無			
	口座番号		休 業 援 護 金	円			
	フリガナ 預金名義者		※ 通 知	年 月 日			
			※ 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。
- 「2請求日数等」の欄には、条例第8条ただし書及び規則第8条の2に該当する日がある場合は、当該日数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「一部休業した日についての計算」の項の「(補償基礎額)」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、補償基礎額が条例第5条の2第1項の規定により管理者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額を記入すること。
- 「4休業補償」及び「5休業援護金」の欄の「管理者が最高限度額として定める額④」の項には、療養を開始してから1年6月を経過している場合に、条例第5条の2第1項の規定により管理者が定める最高限度額を記入すること。
- 「6厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、請求する休業補償と同一の事由により奈良県市町村非常勤職員の公務災害補償等に関する条例附則第5条第2項の表の左欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□ _____ の被保険者である。」の□にレ印を記入するとともに、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、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄年金事務所名等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る休業補償の支給決定後に条例附則第5条第2項の表の左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、速やかにその旨書類で報告すること。
- 「7医師の証明」の欄は、入院中の場合のように、既に療養補償申請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には、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がないこと。

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

奈良県市町村総合事務組合管理者様		請求年月日 年 月 日
下記の〔休業補償〕を〔請求〕します。 〔休業援護金〕		請求(申請)者の住所
		ふりがな 氏名 印
1	組合市町村名	職 種
	氏 名	年 月 日生(歳)
	負傷又は発病の年月日	年 月 日
2	年 月 日から 年 月 日まで の内 日	〔全部休業した日数 日〕 〔一部休業した日数 日〕
	〔全部休業した日に支払われた給与の額 円〕 〔一部休業した日に支払われた給与の額 円〕	
※3	1及び2については、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 組合市町村長職氏名 印	
4	(補償基礎額) 円 × $\frac{60}{100}$ × $\frac{\text{療養に要した時間}}{7.75}$ =	(療養年月日) 円 (年 月 日)
	(補償基礎額) 円 × $\frac{60}{100}$ × $\frac{\text{療養に要した時間}}{7.75}$ =	(療養年月日) 円 (年 月 日)
	(補償基礎額) 円 × $\frac{60}{100}$ × $\frac{\text{療養に要した時間}}{7.75}$ =	(療養年月日) 円 (年 月 日)
	(補償基礎額) 円 × $\frac{60}{100}$ × $\frac{\text{療養に要した時間}}{7.75}$ =	(療養年月日) 円 (年 月 日)
	請求金額	円
5	(補償基礎額) 円 × $\frac{20}{100}$ × $\frac{\text{療養に要した時間}}{7.75}$ =	(療養年月日) 円 (年 月 日)
	(補償基礎額) 円 × $\frac{20}{100}$ × $\frac{\text{療養に要した時間}}{7.75}$ =	(療養年月日) 円 (年 月 日)
	(補償基礎額) 円 × $\frac{20}{100}$ × $\frac{\text{療養に要した時間}}{7.75}$ =	(療養年月日) 円 (年 月 日)
	(補償基礎額) 円 × $\frac{20}{100}$ × $\frac{\text{療養に要した時間}}{7.75}$ =	(療養年月日) 円 (年 月 日)
	休業援護金申請金額	円
6	厚生年金保険法等の適用関係 <input type="checkbox"/>	の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。

※7 医 師 の 証 明	傷病名		現在の状況		年 月 日
	請求日数のうち療養のために勤務することができな かったと認められる日数		<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		年 月 日
	年 月 日から	の内			
	年 月 日まで				
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 { 所在地 名称 医師の氏名 } ㊟					
8 送 金 先	振込先 金融機関名	銀行	※受理	年 月 日	
		支店	※決定 金額	条例第10条の制限	
	□普通預金 □当座預金 □その他()			休業 補償	□有 □無
	口座番号		※通 知	円	
	フリガナ 預金名義者			休業 援護金	円
				※支 払	年 月 日
				年 月 日	

〔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□にレ印を記入すること。
- 「2請求日数等」の欄には、条例第8条ただし書及び規則第8条の2に該当する日がある場合は、当該日数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)」の項には、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厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、請求する休業補償と同一の事由により条例附則第5条第2項の表の左欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□_____の被保険者である。」の□にレ印を記入するとともに、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、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄年金事務所名等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る休業補償の支給決定後に条例附則第5条第2項の表の左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、速やかにその旨書類で報告すること。
- 「※7医師の証明」の欄は、入院中の場合のように、既に療養補償申請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には、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がないこと。
- 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。

傷病補償年金請求書
傷病特別支給金申請書
傷病特別給付金申請書

		認定番号	
奈良県市町村総合事務組合管理者様 下記の傷病補償年金〔傷病特別支給金 傷病特別給付金〕を 請求(申請)します。		請求年月日	年 月 日
		請求者の住所
		ふりがな 氏 名 (印)
1 関 被 災 職 員 に 関 する 事 項	組合市町村名	職 種	
	氏 名	年 月 日生(歳)	
	負傷又は発病の年月日	年 月 日	傷病等級該当年月日
		年 月 日	年 月 日
2 傷病の名称・部位及びその状態			
3 既存障害とその程度			
4 日常生活の状態			
5 傷 病 等 級	第 級		
6 傷病補償年金請求金額	補償基礎額	円 × 倍数	= 円
7 厚生年金保険法等の適用関係	<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。		
8 傷病特別支給金申請金額	円		
9 傷病特別給付金 申請金額の計算	補償基礎額 倍数		
	①	円 × × $\frac{20}{100}$ = 円	
	②	乗すべき数 1,500,000円 × $\frac{\quad}{365}$ = 円	
③	補償基礎額 傷病補償年金の金額 (円 × 365 × $\frac{80}{100}$ - 円 = 円		
10 傷病特別給付金申請金額	円		

11	振込先 金融機関名	銀行	※ 受 理	年 月 日	
		支店	※ 決 定	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	その他()	※ 決 定 金 額	条例第10条の制限
	口座番号				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	フリガナ 預金名義者				円
				※ 通 知	年 月 日
				※ 年金証書の番号	第 号
			※ 支給開始年月日	年 月 日	

〔注意事項〕

- 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。
- 「7厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、請求する傷病補償年金と同一の事由により条例附則第5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、「□_____の被保険者である。」の□にレ印を記入するとともに、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、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄年金事務所名等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第5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、速やかにその旨書類で報告すること。
- 「10傷病特別給付金申請金額」の欄には、「9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。

傷病補償年金変更請求書

		認定番号	
奈良県市町村総合事務組合管理者様 下記のとおり傷病補償年金の変更を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の年金証書の番号 第 号	
		住 所	
		ふりがな 氏名	
1	現在受けている傷病補償年金の傷病等級	第 級	
2	現在受けている傷病補償年金の支給が開始された年月	年 月	
3	障害の程度に変更があった年月日	年 月 日	
4	変更後の障害の部位及びその程度	(第 級)	
5	変更後の傷病補償年金請求額	補償基礎額 円 × 倍数 = 円	

※ 受 理	年 月 日	※ 通 知	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更
※ 変更後の傷病等級			年 月 日
※ 決定金額	円	※ 支給開始日	年 月 日

〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 この請求書には、傷害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の傷病等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

長期家族介護者援護金申請書

		認定番号
奈良県市町村総合事務組合管理者様 下記の長期家族介護者援護金を申請します。		申請年月日 年 月 日 申請者の住所 ふりがな 氏 名 生 年 月 日 年 月 日生(歳) 死亡した要介護年金受給権者との続柄又は関係
1 死亡した要介護年金受給権者に関する事項	氏 名	死亡年月日 年 月 日
	組合市町村名	職名(業務内容)
	年金の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (第 級) <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (第 級)	受給者となった年月 年 月 年金証書の番号 第 号
	死亡の原因	
2 申請者に関する事項	所得税の納付状況 前年の所得について 所得税の納付が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	申請者を扶養する者の状況 <input type="checkbox"/> 申請者を扶養する者がいない <input type="checkbox"/> 申請者を扶養する者がいるが、その者は前年の所得について所得税を納付していない
	条例第12条第1項第4号に定める障害の有無	
	障害(障害等級第7級又はそれに相当する程度以上)が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
3 申請額	円	
※4 死亡した要介護年金受給権者に係る障害の部位・程度 <input type="checkbox"/> 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第1級) <input type="checkbox"/> 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し(有し)、随時介護を要するもの(第2級) <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第1級) <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し(有し)、随時介護を要するもの(第2級) 傷病等級第1級若しくは第2級又は障害等級第1級若しくは第2級に最初に該当することとなった日 年 月 日		
5 送金先	振込先金融機関名	銀行 支店
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 その他()	
	口座番号	
	フリガナ預金名義者	

[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、該当する口にレ印を記入すること。
- 2 この申請書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、当該申請書の提出前に既に管理者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条例第12条第1項第4号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

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

		認定番号	
奈良市町村総合事務組合管理者様 下記の (障害補償年金 障害特別支給金 障害特別援護金 障害特別給付金) を (請求 申請) します。		請求年月日 年 月 日 請求(申請)者の住所..... ふりがな 氏 名 ㊦	
1 関 被 す 災 職 事 員 に 関 する 事項	組合市町村名		職 種
	氏 名		年 月 日生(歳)
	負傷又は発病の 年月日	年 月 日	治癒年月日 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 号	
5 障害補償年金請求金額		補償基礎額 円 × 倍数 = 円	
6 厚生年金保険法等の適用関係		<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者で無い	
7 障害特別支給金 障害特別援護金 申請金額		円 円	
8 障害特別給付金申請金額 の計算	補償基礎額 円 × 倍数 ㊦ × $\frac{20}{100}$ = 円		
	㊧ 1,500,000 円 × $\frac{\quad}{365}$ = 円		
9 障害特別給付金申請金額		円	
10 送 金 先	振込先 金融機関名	銀行 支店	※ 決 定 金 額
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 その他()		
	口座番号		※ 年金証書の番号
	フリガナ 預金名義者		※ 年金支給開始 年 月 日
※ 受 理	年 月 日	※ 通 知	年 月 日
※ 障 害 等 級	第 級 号	※ 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 「2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 「3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 「6厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、請求する障害補償年金と同一の事由により条例附則第5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、「□_____の被保険者である。」の□にレ印を記入するとともに、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、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄年金事務所名等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第5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、速やかにその旨書類で報告すること。
- 5 「7」の欄の「障害特別援護金」の項は、公務上の身体障害の障害特別援護金場合のみ記入し、通勤による身体障害の場合は記入しないこと。
- 6 「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、特別給が支給されていない非常勤の職員にあつては記入しないこと。
- 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」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 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。

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

		認定番号	
奈良県市町村総合事務組合管理者様 下記の (障害補償一時金 障害特別支給金 障害特別援護金 障害特別給付金) を (請求 申請) します。		請求年月日 年 月 日 請求(申請)者の住所..... ふりがな 氏 名 (印)	
1 関 被 す 災 る 職 事 員 に 関 連 す る 事 項	組合市町村名		職 種
	氏 名		年 月 日生(歳)
	負傷又は発病の 年月日	年 月 日	治癒年月日 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 号	
5 障害補償一時金請求金額		補償基礎額 円 × 倍数 = 円	
6 厚生年金保険法等の適用関係		<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者で無い	
7 障害特別支給金 申請金額 障害特別援護金		円 円	
8 障害特別給付金申請金額 の計算	補償基礎額 倍数		
	(A) 円 × 倍数 × $\frac{20}{100}$ = 円		
		(B) 1,500,000 円 × $\frac{1}{365}$ = 円	
9 障害特別給付金申請金額		円	
10 送 金 先	振込先 金融機関名	銀行 支店	※ 決 定 金 額
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 その他()		
	口座番号		※ 年金証書の番号
	フリガナ 預金名義者		※ 年金支給開始 年 月 日
※ 受 理	年 月 日	※ 通 知	年 月 日
※ 障 害 等 級	第 級 号	※ 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 「2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 「3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 「6厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、請求する障害補償年金と同一の事由により条例附則第5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、「□_____の被保険者である。」の□にレ印を記入するとともに、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、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄年金事務所名等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第5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、速やかにその旨書類で報告すること。
- 5 「7」の欄の「障害特別援護金」の項は、公務上の身体障害の障害特別援護金の場合のみ記入し、通勤による身体障害の場合は記入しないこと。
- 6 「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、特別給が支給されていない非常勤の職員にあっては記入しないこと。
- 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」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 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。

障害補償変更請求書

		認定番号	
奈良県市町村総合事務組合管理者 様 下記のとおり障害補償の変更を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の年金証書の番号 第 号	
		請求者の住所	
		ふりがな氏名 ㊟	
1	現在受けている障害補償年金の障害等級	第 級	
2	現在受けている障害補償年金の支給が開始された年月		
3	障害の程度に変更があった年月日		
4	変更後の障害の部位及びその程度	(第 級)	
5	変更後の障害補償請求金額	補償基礎額	倍数
	年金	円 ×	= 円
	一時金	補償基礎額	倍数
		円 ×	= 円

※ 受理	年 月 日	※ 通知	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更
※ 変更後の傷病等級	第 級		年 月 日
※ 決定金額	<input type="checkbox"/> 年金 円	※ 支払 (一時金)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 一時金 円	※ 支払開始年月日	年 月 日

〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「4 変更後の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っ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その他の書類及び資料を添付すること。

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

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者 様 下記の〔障害補償年金差額一時金〕を〔請求申請〕します。		請求年月日 年 月 日 請求(申請)者の住所 ふりがな 氏名 ㊦ 死亡した要介護年金受給権者との続柄又は関係	
1 被災職員に関する事項	組合市町村名	職 種	
	氏 名	年 月 日生(歳)	
	死亡年月日 年 月 日	年金証書の番号 第 号	
	死亡当時の障害等級 第 級	既存障害とその程度	
2 障害補償年金差額一時金請求金額の計算等	受給権者の氏名	死亡職員との続柄又は関係	支給された年金の額の合計 円
			支給された前払一時金の額 円
	(補償基礎額) (乗すべき数) (支給された特別給付金(年金)の額の合計)		
	$(\quad \text{円} \times \quad - \quad \text{円}) \times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \quad \text{円}$		
	(補償基礎額) (乗すべき数) (支給された額の合計)		
$(\quad \text{円} \times \quad - \quad \text{円}) \times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \quad \text{円}$			
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申請金額の計算等	受給権者の氏名	死亡職員との続柄又は関係	支給された特別給付金(年金)の額の合計
			円
	(補償基礎額) (乗すべき数) (支給された特別給付金(年金)の額の合計)		
	$(\text{㉠} (\quad \text{円} \times \frac{20}{100} - \quad \text{円}) \times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \quad \text{円}$		
(乗すべき数) (支給された特別給付金(年金)の額の合計)			
$(\text{㉢} 1,500,000 \text{円} \times \frac{\quad}{365} - \quad \text{円}) \times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \quad \text{円}$			
5 障害差額特別給付金申請金額	円		

[注意事項] 裏面参照。

6 送金先	振込先金融機関名	銀行 支店	※決定金額	差額一時金	円
	□普通預金 □当座預金 その他()			差額特別給付金	円
	口座番号			合計	円
	フリガナ預金名義者		※ 受 理	年 月 日	
			※ 通 知	年 月 日	
			※ 支 払	年 月 日	

[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 「1 被災職員に関する事項」の「既存障害とその程度」の欄には、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、その該当等級を明記すること。
- 3 「2 障害補償年金差額一時金請求金額の計算等」の「死亡職員との続柄又は関係」の欄には、その者が請求者であるときは㉞、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㉟と、併せて記入すること。また、「(乗すべき数)」の項には、障害等級に応ずる条例附則第2条の3第1項の表の右欄に掲げる補償基礎額に乗すべき数をそれぞれ記入すること。
- 4 「4 障害差額特別給付金申請金額の計算等」の欄の「(乗すべき数)」の項には、3の例により記入すること。
- 5 「5 障害差額特別給付金申請金額」の欄には、「4 障害差額特別給付金申請金額の計算等」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。
- 6 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、既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。
 - (1) 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
 - (2) 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町村長の発行する証明書
 - (3) 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
 - (4) 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
 - (5) 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
 - (6) 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

障害補償年金前払一時金請求書

		認定番号	
奈良県市町村総合事務組合管理者 様 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	
		ふりがな 氏 名 (印)	
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			
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 <input type="checkbox"/> 1,200 <input type="checkbox"/> 1,000 補償基礎額の <input type="checkbox"/> 800 倍に相当する額 <input type="checkbox"/> 600 <input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 200		(1) 限度額を選択した場合 補償基礎額 乗ずべき数 円 × = 円 (2) 限度額以外を選択した場合 補償基礎額 円 × 倍 = 円
	請求金額		円

送金先	振込先金融機関名	銀行	※ 受 理	年 月 日
		支店		
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 その他()		※ 決 定 金 額	円
	口座番号		※ 通 知	年 月 日
	フリガナ預金名義者		※ 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。
- 2 「2 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」の欄には、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 「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」の欄については、請求者が選択する□にレ印を記入すること。

介護補償請求書

認定番号
請求回数 第 回

奈良県市町村総合事務組合管理者様		請求年月日 年 月 日		
下記のとおりに障害補償の変更を請求します。		請求者の住所		
		ふりがな 氏名		
1 関 被 災 職 事 員 項 目 に	組合市町村名	職 種		
	氏 名	年 月 日生(歳)		
	負傷又は発病の年月日	年 月 日		
2 傷 病 等 級 又 は 障 害 等 級	<input type="checkbox"/> 傷 病 等 級 (第 級 号) <input type="checkbox"/> 障 害 等 級 (第 級 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	<input type="checkbox"/> 常 時 介 護 を 要 す る 状 態 <input type="checkbox"/> 随 時 介 護 を 要 す る 状 態			
5 請 求 金 額 等	請 求 対 象 年 月	介護費用を支給せずに介護を受けた日の有無	介護費用として支給した額	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
介護補償請求金額 (請求月額合計)				円
6 介 護 を 受 け た 場 所	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等(名称:) 入院・入所期間(年 月 日 ~ 年 月 日)			
7 事 介 護 に 従 者	氏 名	請求者との続柄又は関係	請 求 者 が 介 護 を 受 け た 期 間	
			年 月 日 ~ 年 月 日	
			年 月 日 ~ 年 月 日	
8 送 金 先	振 込 先 金 融 機 関 名	銀行	※ 受 理	年 月 日
		支店	※ 決 定 金 額	円
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 その他()		※ 通 知	年 月 日
	口座番号		※ 支 払	年 月 日
	フリガナ預金名義者			

[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」、「介護費用として支給した額」、「請求月額」の項には、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 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、第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、第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り当該介護を行う者が前回の請求における介護費用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規則別表第3常時介護を要する状態の項の介護を受けた日の区分の欄第2号に応ずる金額の欄に掲げる額(随時介護を要する状態にあるときは、同表随時介護を要する状態の項の介護を受けた日の区分の欄第2号に応ずる金額の欄に掲げる額。)である月があるときには、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にあっては、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、第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規則別表第3常時介護を要する状態の項の介護を受けた日の区分の欄第2号に応ずる金額の欄に掲げる額(随時介護を要する状態にあるときは、同表随時介護を要する状態の項の介護を受けた日の区分の欄第2号に応ずる金額の欄に掲げる額。)である月があるときには、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。)

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

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日 年 月 日				
下記の <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 遺族補償年金 遺族特別支給金 遺族特別援護金 遺族特別給付金 </div> を <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 請求 申請 </div> します。		請求者(代表者)の住所 ふりがな 氏 名 死亡職員との続柄又は関係				
1 死亡職員に 関する事項	組合市町村名	職 種				
	氏 名	年 月 日生(歳)				
	負傷又は発病 年 月 日	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産 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明					
3 請求者及び遺族補 償年金を受けるこ とができる遺族	氏 名	生年月日	年齢	住 所	死亡職員との 続柄又は関係	備 考
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
4 既に遺族補 償年金を受 けている者	氏 名	生年月日	年齢	住 所	死亡職員との 続柄又は関係	備 考
		年 月 日				
		年 月 日				
5 遺族補償年金 請求金額の計算	補償基礎額 乗ずべき数 $\text{円} \times \quad \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$					
6 遺族補償年金 請求金額	<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		円			
	<input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合		5の請求年額 受給権者の数 $\text{円} \times \quad =$			

7	遺族特別支給金	$\text{円} \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$	遺族特別援護金	$\text{円} \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$
	遺族特別支給金 遺族特別援護金 遺族特別給付金 申請金額の計算	補償基礎額	乗ずべき数	
		①	$\text{円} \times \frac{20}{100} \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$	
	②	$1,500,000\text{円} \times \frac{1}{365} \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$		
8	遺族特別支給金 遺族特別援護金 遺族特別給付金 申請金額	<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	遺族特別支給金	円
			遺族特別援護金	円
		<input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合	遺族特別給付金	円
9	厚生年金保険法等の適用関係	<input type="checkbox"/>	の被保険者であった。	<input type="checkbox"/> 被保険者でなかった。

10	振込先 金融機関名	銀行	※ 受 理	年 月 日
		支店	※ 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
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 その他()		※ 特別支給金額	円
			※ 特別援護金額	円
	口座番号		※ 特別給付金額	<input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合
	フリガナ 預金名義者		※ 通 知	円
			※ 年金証書の番号	年 月 日
			※ 年金・特別給付金 支払開始年月日	年 月 日
			※ 特別支給金・特別 援護金の支払	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、該当する口にレ印を記入すること。
- 「3」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級以上の障害の状態にあるときは 障 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」の欄には「2 請求の事由」の欄の記入が「職員の死亡」以外の場合に記入すること。
- 「6」の欄の金額の項には、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」の欄に記入した金額を記入し、また、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金額を記入すること。
- 「9」の欄には、死亡職員又は請求者が条例附則第5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。」のにレ印を記入するとともに、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、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄年金事務所名等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第5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、速やかにその旨書類で報告すること。
- 「7」の欄の「遺族特別援護金」の項は、職員が公務上死亡した場合のみ記入し、通勤により死亡した場合は記入しないこと。この欄の「遺族特別給付金」の項の記入については、特別給が支給されていない非常勤の職員にあっては記入しないこと。

- 7 「8」の欄の遺族特別支給金の額の項、遺族特別援護金の額の項及び遺族特別給付金の額の項には、代表者を選任した場合には、「7」の欄に記入したそれぞれの額(遺族特別給付金の額については、 \textcircled{A} の額又は \textcircled{A} の額が \textcircled{B} の額を超える場合には、 \textcircled{B} の額)に受給権者の数を乗じて得た額を記入すること。
- 8 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、次の(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、次の(1)、(3)及び(8)に掲げる書類は添付する必要はないこと。
- (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
 - (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(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) 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
 - (5) 請求者が妻1人で、障害等級第7級以上の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
 - (6) 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障害等級第7級以上の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
 - (7) 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
 - (8) 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
 - (9) 請求者が2人以上で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
- 9 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、8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。

遺族補償年金前払一時金請求書

		認定番号	
奈良県市町村総合事務組合管理者 様 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 年 月 日	
		請求者(代表者)の住所 ふりがな 氏 名 ㊟ 死亡職員との続柄又は関係	
1	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	
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 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 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合	
5	請求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 補償基礎額の <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 800 <input type="checkbox"/> 600 倍に相当する額 <input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 200	(1) 請求額 補償基礎額 乗ずべき数 $\text{円} \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$	
		(2) 請求額の合計額 (1)の請求額 受給権者の数 $\text{円} \times \text{受給権者の数} = \text{円}$	
6	補償基礎額の1000倍に相当する額から3の額を差し引いた額 (代表者の氏名)	円	
_____ を代表者として、遺族補償年金前払一時金の請求及び受領を委任します。			
請求者の 同 順 位 者	住 所	氏 名	死亡職員との続柄
		㊟	
		㊟	
		㊟	
送 金 先	振込先 金融機関名	銀行 支店	※ 受 理 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 その他()		※ 決 定 金 額 円
	口座番号		※ 通 知 年 月 日
	フリガナ 預金名義者		※ 支 払 年 月 日

[注意事項]

- 請求者は、※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。
- 遺族補償年金の最初の支払に先立って、遺族補償年金前払一時金請求金額の支給の申出をする者は、「3」及び「6」の欄には記入しないこと。

〔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、該当する口にレに印を記入すること。
- 2 「2」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」の欄の「遺族補償年金(遺族特別給付金)が支給されていた場合」の項には、この請求書(申請書)の提出前に当該補償(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の支給が行われていた場合に記入すること。
- 4 「4」の欄の「遺族特別支給金」及び「遺族特別援護金」の項中「総額」の箇所には、規程第13条第2項各号に掲げる金額のうち申請者の該当するもの及び同規程第15条第2項各号に掲げる金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。
なお、「遺族特別援護金」の項は、職員が公務上死亡した場合のみ記入し、通勤により死亡した場合は記入しないこと。
- 5 「5」の欄は、特別給が支給されていない非常勤の職員にあつては、記入しないこと。なお、「(乗すべき数)」の項には条例附則第4条各号に掲げる率を記入すること。
- 6 「6」の欄には、「5」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 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った職員の死亡に係る遺族補償年金の支給が行われていたときは、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、死体検案調書、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
 - (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区町村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、請求者に先順位者がないことを証明する書類
 - (5) 請求者が、職員の収入によっ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
 - (6) 請求者が配偶者、職員の収入によっ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
 - (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
 - (9) その他必要な書類

葬 祭 補 償 請 求 書

		認定番号		
奈良県市町村総合事務組合管理者 様 下記の葬祭補償を請求します。		請求年月日 年 月 日		
		請求者(代表者)の住所 ふりがな 氏 名 ㊦ 死亡職員との続柄又は関係		
1 に 関 す る 事 項	組合市町村名			
	職 種			
	氏 名 年 月 日生(歳)			
	死亡年月日 年 月 日			
2	葬祭補償請求金額の計算		補償基礎額 ㊦ 315,000円+ 円× 30= 円	
			補償基礎額 ㊦ 円× 60= 円	
	㊦ ㊦、㊦の内高い金額		<input type="checkbox"/> ㊦ <input type="checkbox"/> ㊦	
3		葬 祭 補 償 請 求 金 額	円	
4 送 金 先	振込先 金融機関名	銀行	※ 受 理	年 月 日
		支店	※ 決 定	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 その他()		※ 支 払	年 月 日
	口座番号		※ 決 定 金 額	円
	フリガナ 預金名義者			

〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。また、該当する口にレ印を記入すること。
- 2 この請求書には、葬祭を行った事実を認めることのできる書類を添付すること。

未支給の補償請求書
未支給の福祉事業申請書

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日 年 月 日	
下記の未支給の〔補償福祉事業〕の支給を〔請求申請〕します。		請求者の住所 ふりがな _____ 氏名 _____ 印	
		死亡職員との続柄又は関係 _____	
1 死亡した受給権者	氏名		
	死亡年月日	年 月 日	
2 未支給の補償の種類	〔年金たる補償のときは〕第 号 〔年金証書の番号〕		
3 未支給の補償請求額	円		
4 未支給の福祉事業の種類			
5 未支給の福祉事業の申請金額	円		

6 送 金 先	振込先 金融機関名	銀行	※ 受 理	年 月 日
		支店	※ 決定金額	円
	□普通預金 □当座預金 その他()		補 償	円
	口座番号		福 祉 事 業	円
	フリガナ 預金名義者		※ 通 知	年 月 日
			※ 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。
- 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併せて、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。
 - 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
 - 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
 - 請求者の氏名、本籍及び死亡受給権者との続柄に関し、市区町村長の発行する証明書(戸籍の謄本又は抄本でもよい。)
 - 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
 - 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ま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その他の資料

様式第11号

遺族補償年金支給停止申請書

		認定番号	
奈良県市町村総合事務組合管理者 様 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。		申請年月日 年 月 日	
		申請者の年金証書の番号 第 号	
		請求者の住所	
		ふりがな _____	
		氏名 _____ (印)	
		所在不明者との続柄 _____	
1 所在不明者	年金証書の番号 第 号		
	フリガナ 氏名		
	最後の住所		
	所在不明となった年月日		
	所在不明の事由		
2 申請者の同順位者	氏名	住所	年金証書の番号 第 号
			第 号
			第 号
			第 号
			第 号
※受理	年 月 日	※通知	年 月 日
※決定内容	年 月から停止		

〔注意事項〕

- 1 申請者は、※印の欄には、記入しないこと。
- 2 「申請者の年金証書の番号」の項は、申請者が所在不明者と同順位者である場合のみ記入すること。
- 3 「1所在不明者」の欄の年金証書の番号の項は、その番号が不明のときは記入する必要はないこと。
- 4 「2申請者の同順位者」の欄には、所在不明者の同順位者があるときは、その同順位者について、同順位者がいないときは、その次順位者である申請者の同順位者について記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書番号」の項の記入は必要ないこと。
- 5 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12号

遺族補償年金支給停止解除申請書

		認定番号		
奈良県市町村総合事務組合管理者 様 下記の所在不明者に係る遺族補償年金の支給停止の解除を申請します。	申請年月日	年	月	日
	申請者の年金証書の番号	第		号
	請求者の住所	_____		
	ふりがな 氏名	_____		㊟
	生年月日	年	月	日生
支給停止となった年月	年 月			

※ 受理	年 月 日	※ 通知	年 月 日
※ 決定内容	年 月から停止		

[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は、所在不明者の所在が明らかになったことを証明する書類を添付し、併せて年金証書を提出すること。

様式第13号

第 号

年 金 証 書

奈良県市町村総合事務組合

受給権者の氏名

生 年 月 日 年 月 日生.....

補 償 の 種 類

支 払 開 始 年 月 年 月

奈良県市町村非常勤職員の公務災害補償等に関する条例
の規定により上記のとおり支給します。

年 月 日

奈良県市町村総合事務組合

管理者



〔注意事項〕

- 1 この証書は、奈良県市町村非常勤職員の公務災害補償等に関する条例(以下「条例」という。)によって傷病補償年金、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2月、4月、6月、8月、10月及び12月に、それぞれ前月までの分を支払います。なお、損害賠償を受けたときは、その限度で年金が支払われないこととなりますので、詳細は奈良県市町村総合事務組合にお問い合わせください。
- 3 次の場合に該当することとなったときは、速やかにその事実を証明する書類を添えて、その旨を組合市町村の長を経て管理者に届け出るとともに、併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って、昭和61年3月以前から支給され、かつ、現に支給されている旧船員保険法、旧厚生年金保険法若しくは旧国民年金法の規定による年金の額が変更された場合若しくはその支給を受けられなくなった場合又は厚生年金保険法若しくは国民年金法の規定による年金の支給を受けることとなった場合、その額が変更された場合若しくはその支給を受けられなくなった場合
 - (3) 傷病補償年金においては、その傷病等級に変更のあった場合
 - (4) 障害補償年金においては、その障害等級に変更のあった場合
 - (5) 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及び請求者が妻で、他に遺族補償年金を受けることができる遺族がない場合に、次のいずれかに該当したとき。
 - ア その妻が条例別表第3に定める第7級以上の障害の状態にある場合を除き、55歳に達したとき

- イ その妻が55歳以上である場合を除き、条例別表第3に定める第7級以上の障害の状態になり、又はその状態でなくなったとき
- 4 この補償を受ける権利は、譲り渡したり、担保に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 年金受給権者(遺族補償年金の場合にあつては被災職員の妻であつた者に限る。)が、銀行等の金融機関の少額預金の利子所得等の非課税取扱いを受けようとする場合は、年金証書を金融機関の営業所等に提示することにより非課税の取扱いが認められます。
- 6 この証書を亡失したり、著しく損傷したときは、再交付を組合市町村の長を経て、管理者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。
- 7 あらかじめ管理者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、組合市町村の長を経て、管理者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。
- 8 この年金を受ける権利を失った場合は、この証書を組合市町村の長を経て、管理者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) 傷病補償年金の場合
- ア 受給権者が死亡した場合
- イ 条例別表第1の傷病等級に該当しなくなった場合
- (2) 障害補償年金の場合
- ア 受給権者が死亡した場合
- イ 条例別表第2の障害等級の第7級以上に該当しなくなった場合
- (3) 遺族補償年金の場合
- ア 受給権者が死亡した場合
- イ 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。)をした時
- ウ 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。)となった場合
- エ 離縁によって死亡した職員との親族関係が終了した場合
- オ 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歳に達した日以後の最初の3月31日が終了した場合(その者が職員の死亡の時から引き続き条例別表第3の障害等級の第7級以上の障害の状態にある場合を除く。)
- カ 条例別表第2の障害等級の第7級以上の障害の状態にあることにより受給権者となっている者がその状態でなくなった場合
- 9 管理者又は公務災害補償等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24条の規定により、20万円以下の罰金に処せられます。

療養の現状に関する報告書

		認定番号
奈良県市町村総合事務組合管理者 様 (被災職員の氏名) 下記のとおり _____ の療養の現状等について報告します。 年 月 日 報告者の住所 ふりがな 氏 名 (印)		
1	負傷又は発病の年月日	年 月 日
2	療養開始の年月日	年 月 日
3	傷 病 名	
4	療 養 の 経 過	
5	日 常 生 活 の 概 要	

※6 医 師 の 証 明

(1) 傷病の種類(傷病名・傷病の部位等)

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病の現状

(4) 傷病の今後の見込み

(被災者の氏名)

_____ については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

医療機関の
所在地 _____
名 称 _____
医師の氏名 _____ ㊟

〔注意事項〕

報告者は、※印の欄には、記入しないこと。

障害の現状報告書
(傷病補償年金)

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者 様

(被災職員の氏名)

下記のとおり _____ の障害の現状等について報告します。

年 月 日

報告者の住所

ふりがな
氏 名 ㊞

1	年金証書の番号	第	号
2	傷病補償年金の支給開始年月	年	月
3	傷病等級	第	級
4	障害の状況		
5	日常生活の概要		
6 受給 年金 関係の	年金の種類 (障害等級第 級)	年金の年額	年金証書の記号番号
	(第 級)	円	第 号
	(第 級)	円	第 号
			※ <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責)
	支給開始年月	所轄年金事務所名等	
	年 月		
	年 月		

[注意事項] 裏面参照。

※7 医師の証明																					
(1) 傷病の種類(傷病名・傷病の部位等)																					
(2) 傷病の経過及び治療方法の概要																					
(3) 傷病及び障害の現状																					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>介護補償を受けている者にあつては、下記の項目についても記入してください。 (日常生活の状態)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; vertical-align: top;">① 行動能力</td> <td style="width: 55%;"> <input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> 通院(単独歩行)できる </td> <td style="width: 15%; vertical-align: middle;">理由</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">}</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">② 食 事</td> <td> <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない </td> <td style="vertical-align: middle;">理由</td> <td style="text-align: center;">}</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">③ 用 便</td> <td> <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない </td> <td style="vertical-align: middle;">理由</td> <td style="text-align: center;">}</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">④ 精神能力</td> <td> <input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない </td> <td style="vertical-align: middle;">理由</td> <td style="text-align: center;">}</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">⑤ 言語能力</td> <td> <input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ 合うことができる <input type="checkbox"/> 支障がない </td> <td style="vertical-align: middle;">理由</td> <td style="text-align: center;">}</td> </tr> </table> </div>		① 行動能力	<input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> 通院(単独歩行)できる	理由	}	② 食 事	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由	}	③ 用 便	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由	}	④ 精神能力	<input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない	理由	}	⑤ 言語能力	<input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ 合うことができる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由	}
① 行動能力	<input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> 通院(単独歩行)できる	理由	}																		
② 食 事	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由	}																		
③ 用 便	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由	}																		
④ 精神能力	<input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない	理由	}																		
⑤ 言語能力	<input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ 合うことができる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由	}																		
(4) 傷病の今後の見込み																					
<p>(被災者の氏名)</p> <p>_____ については上記のとおりであると認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>医療機関の</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <p>所在地 _____</p> <p>名 称 _____</p> <p>医師の氏名 _____</p> </div> </div>																					

〔注意事項〕

- 1 この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。
- 2 報告者は、※印の欄には記入しないこと。
- 3 「4障害の状況」の欄には、最近1年間について記入すること。
- 4 「5日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。
- 5 「6公的年金の受給関係」の欄の「年金の種類」項には、受給権者が傷病補償年金と同一の事由により受給する条例附則第9条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付の名称を記入すること。

障害の現状報告書
(障害補償年金)

認定番号

奈良県市町村総合事務組合 管理者 様

(被災職員の氏名)

下記のとおり _____ の障害の現状等について報告します。

年 月 日

報告者の住所 _____

ふりがな _____
氏 名 _____ (印)

1	年金証書の番号	第	号
2	傷病補償年金の支給開始年月	年	月
3	傷病等級	第	級号
4	障害の状況		
5	日常生活の概要		
6	年金の種類 (障害等級第 級)	年金の年額	年金証書の記号番号
	(第 級)	円	第 号
	(第 級)	円	第 号
			※ <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責)
受給関係の	支給開始年月	所轄年金事務所名等	
	年 月		
	年 月		

〔注意事項〕裏面参照。

※7 医師の証明	〔器質的障害のみの場合は、この欄の記入は必要ありません。ただし、器質的障害のみの場合であっても介護補償を受けている者については、(2)の欄について記入してください。〕															
(1) 障害の種類																
(2) 障害の現状																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>介護補償を受けている者にあつては、下記の項目についても記入してください。 (日常生活の状態)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">① 行動能力</td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> 通院(単独歩行)できる </td> <td style="width: 30%; text-align: center;">理由</td> </tr> <tr> <td>② 食 事</td> <td> <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない </td> <td style="text-align: center;">理由</td> </tr> <tr> <td>③ 用 便</td> <td> <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない </td> <td style="text-align: center;">理由</td> </tr> <tr> <td>④ 精神能力</td> <td> <input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない </td> <td style="text-align: center;">理由</td> </tr> <tr> <td>⑤ 言語能力</td> <td> <input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ合うことができる <input type="checkbox"/> 支障がない </td> <td style="text-align: center;">理由</td> </tr> </table> </div>		① 行動能力	<input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> 通院(単独歩行)できる	理由	② 食 事	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由	③ 用 便	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由	④ 精神能力	<input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない	理由	⑤ 言語能力	<input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ合うことができる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由
① 行動能力	<input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> 通院(単独歩行)できる	理由														
② 食 事	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由														
③ 用 便	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由														
④ 精神能力	<input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない	理由														
⑤ 言語能力	<input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ合うことができる <input type="checkbox"/> 支障がない	理由														
(3) 障害の今後の見込み																
(被災者の氏名) _____ については上記のとおりであると認めます。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 年 月 日 <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-right: 5px;">医療機関の</td> <td style="padding-right: 5px;">所在地</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-right: 5px;">名 称</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-right: 5px;">医師の氏名</td> <td>..... (印)</td> </tr> </table> </div> </div>		医療機関の	所在地		名 称		医師の氏名 (印)						
医療機関の	所在地														
	名 称														
	医師の氏名 (印)														

〔注意事項〕

- 1 この報告書は、障害補償年金の受給権者が提出すること。
- 2 報告者は、※印の欄には記入しないこと。
- 3 「4障害の状況」の欄には、最近1年間について記入すること。
- 4 「5日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。
- 5 「6公的年金の受給関係」の欄の「年金の種類」項には、受給権者が傷病補償年金と同一の事由により受給する条例附則第9条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付の名称を記入すること。

遺族の現状報告書

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者様
 下記のとおり遺族の現状を報告します。
 年 月 日

申請者の年金
 証書の番号 第 号

報告者の住所 _____

ふりがな _____
 氏 名 _____ (印)

1 死亡職員の氏名		(死亡年月日 年 月 日)			
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	氏名	生年月日	住 所	死亡職員との続柄	障害の有無
		年 月 日			有・無
		年 月 日			有・無
		年 月 日			有・無
		年 月 日			有・無
		年 月 日			有・無
3 受給関係の公的年金の	年金の種類(障害等級第 級)	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月	所轄年金事務所名等
	(第 級)	円	第 号	年 月	
	(第 級)	円	第 号	年 月	

※ 支給
支給停止 (免責 遺族補償年金前払一時金
所在不明)

[注意事項]

- この報告書は、遺族補償年金の受給権者が提出すること。ただし、受給者が2人以上ある場合で代表者を選任しているときは、その代表者が代表してこの報告書を提出すれば足りるものであり、他の受給権者は提出する必要はないこと。
- 報告者は、※印の欄には記入しないこと。
- 「障害の有無」の項には、該当する箇所を○で囲むこと。
- この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。
 - 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あるいはこれに代わる市区町村長の発行する証明書
 - 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、その事実を証明することができる書類
 - 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、障害の状態にある者については、その障害の状態に関する医師の診断書

外科後処置費申請書
アフターケア費用

新規 継続(回)

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者様		申請年月日	年 月 日
下記の〔外科後処置費〕 〔アフターケア費用〕の支給を 申請します。		申請者の住所	
		ふりがな	氏名
		生年月日	年 月 日生
1 被災職員に 関する事項	所属市町村部局	職名(業務内容)	
	負傷又は 発病年月日	年 月 日	治癒年月日
	傷病名及び 障害の部位		障害等級
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 補償費用の 受領委任	受領委任 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		
	委任に基づく支払い請求 上記委任に基づきこの請求書による療養補償の支払いを請求します。 支払請求者の住所 _____ 支払請求者の氏名 _____		
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	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 看護婦	年 月 日から 日間	円
	<input type="checkbox"/> 附添婦 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日まで	円
7 移送費	交通費	から _____ まで _____ Km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円
	その他の移送費		円
8 上記以外の療養費			円
9 日当 (外科後処置に限る)	年 月 日から	年 月 日まで	円
10 申請金額 (4~9の合計)			円
11 外科後処置等を受けようとする医療機関			

[注意事項] 裏面参照。

12 送金先	振込先 金融機関名	銀行 支店	※受理	年 月 日
	□普通預金 □当座預金		※通知	年 月 日
	口座番号		※支払	年 月 日
	フリガナ 預金名義者		※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。また、該当する口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必要と認める旨の医師等の証明書を添付すること。
- 3 「3 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 「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 上記以外の療養費」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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「※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、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。

※15 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 (I) (II)	保健師・助産師・看護師・理学療法士・作業療法士	支持期間	指示期間
	円× 回 円	年 月 日から 年 月 日まで	(特別支持期間)
	准看護師	年 月 日から 年 月 日まで	主治医への直近報告年月日
	円× 回 円	年 月 日	訪問日
加算	円× 回 (時間) 円		1 2 3 4 5 6 7
			8 9 10 11 12 13 14
管理療養費	円		15 16 17 18 19 20 21
管理療養費の加算	円		22 23 24 25 26 27 28
			29 30 31
管理療養費	初日 円		
	2回以降 円		
情報提供療養費		提供した情報の概要	
	円	情報提供先の市区町村名	
ターミナルケア療養費	死亡年月日 年 月 日 円	(備考)	
合計	円		
訪問看護の指示を受けた医療機関の名称及び主治医の氏名			
医療機関の名称			
主治医氏名			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 (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	
		所在地	
		名称	
		薬剤師の氏名	
		㊟	

補 装 具 費 用 申 請 書

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者 様 下記の補装具費用の <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 修理 の支給を <input type="checkbox"/> 再支給 申請します。		申請年月日 年 月 日 申請者の住所 ふりがな 氏 名 生年月日 年 月 日生	
1	所属市町村部局	職名(業務内容)	
	負傷又は発病の年月日 年 月 日	治癒年月日 年 月 日	
	傷病名及び障害の部位	傷病等級又は障害等級	等級 第 級 決定日 年 月 日 (年金証書の番号 第 号)
2	理由 別添「医師の証明書」のとおり		
	種別		
	個数	個	個
	単位	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	制作修理業者等の氏名・所在地	氏名 所在地	
6	義肢採型指導料	円	採型指導年月日 年 月 日
	採型指導を受けた医療機関	氏名 所在地	
7	旅行費用の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
8	振込先金融機関名	銀行 支店	※受理 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※通知 年 月 日
	口座番号		※支払 年 月 日
	フリガナ預金名義者		※決定金額 円

〔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 「2 補装具を必要とする理由等」の欄の記入に変えて、同様事項を記載した医師の証明書を添付してもよいこと。
- 3 補装具に要する金額を予定できる場合は、その予定額を記入すること。

リハビリテーション費用申請書

新規 継続(回)

認定番号

奈良市町村総合事務組合管理者 様 下記のリハビリテーション費用の支給を申請します。		申請年月日 年 月 日 申請者の住所 ふりがな 氏 名 生年月日 年 月 日生	
被災職員に関する事項	1 所属市町村部局	職名(業務内容)	
	負傷又は発病の年月日 年 月 日	治癒年月日 年 月 日	
	傷病名及び障害の部位	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 内容	種類	期間	金額(円) 訓練指導料 宿泊料 食事料 サービス料 その他 計
		年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	
4 申請額		円	
5 リハビリテーションの施設名・所在地		氏名 所在地	
6 旅行費用の申請		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
7 送金先	振込先金融機関名	銀行 支店	※受理 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※通知 年 月 日
	口座番号		※支払 年 月 日
	フリガナ預金名義者		※決定金額 円

〔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 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金額を予定できる場合は、その予定額を記入すること。

在宅介護を行う介護人の派遣費用申請書

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者 様 下記の在宅介護を行う介護人の派遣費用の支給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 ふりがな氏名 ㊟		生年月日 年 月 日生
1 関 被 災 職 事 員 項 に	所属市町村部局	職名(業務内容)
	傷病名	負傷又は発病の年月日 年 月 日
	申請者の受けている年金の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金(第 級) <input type="checkbox"/> 障害補償年金(第 級)	年金証書の番号 第 号
	居宅において介護を開始した年月日	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 費 用 の 支 給 申 請	供与を受けた日時 年 月 日 時 分 ~ 時 分 (□3時間・□6時間) 年 月 日 時 分 ~ 時 分 (□3時間・□7時間) 年 月 日 時 分 ~ 時 分 (□3時間・□8時間)	
	費用総額 ㊱ 円	
	うち自己負担額 (賃金相当額の10分の3に相当する額) ㊲ 円	
	申請金額 (㊱ - ㊲) 円	

4 送 金 先	振込先 金融機関名	銀行 支店	※受 理	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※通 知	年 月 日
	口座番号		※支 払	年 月 日
	フリガナ 預金名義者		※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。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「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さしつかえないこと。
- 3 介護人の派遣に必要な費用の支給を申請する場合には、申請金額にかかる領収書及び明細書を添付すること。

奨学援護金申請書

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者様 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		
		申請者の住所 ふりがな _____ 氏名 _____ (印) 生年月日 年 月 日生		
1 申請者に関する事項	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (傷病等級第 号)	年金証書の番号	第 号	年金支給開始年月 年 月
	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (傷病等級第 号)	年金証書の番号	第 号	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	年金支給開始年月 年 月
2 在学者等に関する事項	氏名			
	生年月日	年 月 日生	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	第 学年
	学校等の所在地			
	備考			
※3 支給開始年月		年 月	年 月	年 月
※4 支給月額		円	円	円
5 送金先	振込先金融機関名	銀行 支店	※受理	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※承認	年 月 日
	口座番号		※通知	年 月 日
	フリガナ預金名義者		※承認金額	円

[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 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既に組合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。
 - (1) 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。)の在学又は在校を証明する書類(公共職業能力開発施設又は職業能力開発総合大学校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ものであること。)
 - (2) 申請者と在学者等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
 - (3) 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
- 3 「年金証書の番号」の項は、この申請書を年金たる補償の請求書と同時に提出する場合は記入する必要はないこと。
- 4 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、「備考」の項に、その理由等を記入すること。

就労保育援護金申請書

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者 様 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			
		申請者の住所 ふりがな _____ ㊟ 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日生			
1 申請者に関する事項	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (傷病等級第 号)	年金証書の番号	第 号	年金支給開始年月	年 月
	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (傷病等級第 号)	年金証書の番号	第 号	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	年金支給開始年月	年 月
2 就労している者に関する事項	氏名				
	生年月日		年 月 日生		
	住所				
	申請者との続柄又は関係				
3 保育児に関する事項	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 支給開始年月		年 月	年 月	年 月	
※6 支給月額		円	円	円	

[注意事項] 裏面参照。

7 送金先	振込先金融機関名	銀行 支店	※受理	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※承認	年 月 日
	口座番号		※通知	年 月 日
	フリガナ預金名義者		※承認金額	円

[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 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既に組合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。
 - (1) 就労していることを証明する書類
 - (2) 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
 - (3) 規程第10条第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
 - ア 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10条第1項第1号)
 - イ 遺族補償年金の受給権者と未就学の子(同項第2号)
 - ウ 障害補償年金の受給権者と未就学の子(同項第3号)
 - エ 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)
- 3 「年金証書の番号」の項は、この申請書を年金たる補償の請求書と同時に提出する場合は記入する必要はないこと。
- 4 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、「備考」の項に、その理由等を記入すること。

旅 行 費 申 請 書

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者 様 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		フリガナ氏名 							
		フリガナ氏名		年	月	日生					
1	所属市町村・部局	職名(業務内容)									
	被災職員に 関する事項	負傷又は 発病の年月日	年	月	日	傷病名及び 障害の部位					
2	(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										
	旅行区間		往路	発	經由	着					
			復路	発	經由	着					
	旅行期間		年	月	日から	泊					
			年	月	日まで	日					
	月日	出発地	到着地	宿泊地	鉄道 路程 運賃	船舶 路程 運賃	車 路程 運賃	急行 料金等	宿泊数	宿泊料	計
					km 円	km 円	km 円	円	円	円	
	合 計										
3 旅行費申請金額							円				

〔注意事項〕裏面参照。

4 送 金 先	振込先 金融機関名	銀行	支店	※受理	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			※承認	年	月	日
	口座番号			※通知	年	月	日
	フリガナ 預金名義者			※承認金額	円		

〔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 この申請書には、補装具の支給・修理若しくは再支給又はリハビリテーションを受けるために旅行した場合の旅行費を申請するためのものですから様式第17号から様式第19号までの申請書とあわせて提出すること。
- 3 「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。

奨学援助金の現状報告書

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者様

下記のとおり奨学援助金の支給に係る現状を報告します。

年 月 日

報告者の住所

ふりがな
氏名



1 報告者の受けている年金たる補償の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償年金		2 年金証書の番号 第 号		
3 在 学 者 等 に 関 す る 事 項	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
	住 所			
	報告者との続柄			
	学校等の名称			
	学校等の所在地			
	入 学 年 月 日	年 月	年 月	年 月
	学 年	第 学年	第 学年	第 学年
	卒 業 予 定 年 月	年 月	年 月	年 月
	報告者と生計同一関係の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
支 給 事 由 消 滅 年 月	年 月	年 月	年 月	
支給事由が 消滅した理由	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学 <input type="checkbox"/> その他 内容	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学 <input type="checkbox"/> その他 内容	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学 <input type="checkbox"/> その他 内容	
4 特 記 事 項				
5 添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 在学証明書(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。) <input type="checkbox"/> 報告者と在学者等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			

〔注意事項〕裏面参照。

[注意事項]

- 1 該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「4 特記事項」の項には、在学者等に関し、最近1年間において、停学、休学、留年等特記すべき事項がある場合に記入すること。
- 3 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、年金たる補償の受給権者の定期報告に添付する書類と重複するものについては、添付する必要はないこと。ただし、年金たる補償の受給権者の定期報告に添付する書類と重複するものについては、は添付する必要はないこと。
 - (1) 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。)の在学又は在校を証明する書類(公共職業能力開発施設又は職業能力開発総合大学校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ものであること。)
 - (2) 報告者と在学者等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

就労保育援護金の現状報告書

認定番号

奈良県市町村総合事務組合管理者様

下記のとおり就労保育援護金の支給に係る現状を報告します。

年 月 日

報告者の住所

ふりがな
氏名



1 報告者の受けている年金たる補償の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償年金		2 年金証書の番号 第 号		
3 就労している者に関する事項	氏名		生年月日	年 月 日生
	住所		申請者との続柄	
	就労している会社等の名称・所在地			
4 保育児に関する事項	氏名			
	生年月日	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)
	住所			
	報告者との続柄			
	保育所等の名称			
	保育所等の所在地			
	小学校入学予定年月	年 月	年 月	年 月
	報告者と生計同一関係の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	就労している者との生計同一関係の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	支給事由消滅年月	年 月	年 月	年 月
支給事由が消滅した理由	<input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他 (内容)	<input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他 (内容)	<input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他 (内容)	
5 特記事項				
6 添付書類 <input type="checkbox"/> 就労していることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 保育所等に預け、又は預けられていることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 生計を同じくしていることを認めることのできる書類				

〔注意事項〕裏面参照。

[注意事項]

- 1 該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「5 特記事項」の項には、就労している者に関し、最近1年間において、転職等特記すべき事項がある場合に記入すること。
- 3 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、年金たる補償の受給権者の定期報告に添付する書類と重複するものについては、添付する必要はないこと。ただし、年金たる補償の受給権者の定期報告に添付する書類と重複するものについては、は添付する必要はないこと。
 - (1) 就労していることを証明する書類
 - (2) 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
 - (3) 規程第10条第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
 - ア 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10条第1項第1号)
 - イ 遺族補償年金の受給権者と未就学の子(同項第2号)
 - ウ 障害補償年金の受給権者と未就学の子(同項第3号)
 - エ 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)

災害補償記録簿 3号紙 第三者加害求償

災害発生年度		年度	職 種			
被 災 職 員	フリガナ名			住 所	示 談	
	氏 名			氏 名		
	組合市町村名			住 所		
	災害の種類等	<input type="checkbox"/> 負傷 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害 年 月 日発生		氏 名		
		加害の状況		住 所		
			氏 名			
			交渉状況			
過失割合		(被) : (加)				
自 賠 責 保 険 等	加害者	契 約 先	号	備 考		
		証 明 書 番				
被害者	契 約 先	号				
	証 明 書 番					

様式第27号

福 祉 事 業 記 録 簿

災害発生年度	年度	職 名	申請者の 氏名等	年 月 日生	被災職員との続柄	□本人 □遺族
治癒年月日	年 月 日	障害 補償 実 施	□該当 □非該当 (第 級) 申 請 者 の 住 所	年 月 日生	申請者が遺族の場合 被災職員の死亡年月日	年 月 日
種 類	支 払 金 額			支 払 年 月 日	備 考	
外 科 後 処 置	円			年 月 日		
補 装 具				・		
リハビリテーション				・		
アフターケア				・		
休業援護金				・		
在宅介護を行う 介護人の派遣				・		
奨学援護金				・		
就労保育援護金				・		
傷病特別支給金				・		
障害特別支給金				・		
遺族特別支給金				・		
障害特別援護金				・		
遺族特別援護金				・		
傷病特別給付金				・		
障害特別給付金				・		
遺族特別給付金				・		
障害差額特別給付金				・		
長期家族介護者 援 護 金				・		
振込金融機関名	銀行	支店	口座番号			

様式第28号

傷病補償年金記録簿

受給権者の氏名 ・生年月日		年 月 日生(歳)		年金証書の番号 第	受給権者の住所						
傷病等級	第 級(年 月 日決定)				傷病の名称、部位及びその状態						
	第 級(年 月 日決定)				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 日から <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで						
	第 級(年 月 日決定)										
支給開始年月		年 月									
条例附則第5条 による調整関係		年金の種類 (障害等級第 級)	年金の年額	年金証書の 記号番号	年金開始年月	所轄年金事務所名等			備考		
			円	第 号	年 月						
			円	第 号	年 月						
傷病補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	年金補償基礎額	条例第8条の2による年金額	条例附則第5条による調整又は第10条による制限後の年金額	傷病補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	年金補償基礎額	条例第8条の2による年金額	条例附則第5条による調整又は第10条による制限後の年金額
	年 月から	円	円	円	円	円	年 月から	円	円	円	円
	年 月から	円	円	円	円	円	年 月から	円	円	円	円
	年 月から	円	円	円	円	円	年 月から	円	円	円	円
	年 月から	円	円	円	円	円	年 月から	円	円	円	円
振込金融機関名				銀行	支店	備考					
口座番号											

様式第29号

障害補償年金記録簿

受給権者の氏名 ・生年月日		年 月 日生(歳)		年金証書の番号 第	受給権者の住所						
障害等級	第 級(年 月 日決定)				傷病の名称、部位 及びその状態						
	第 級(年 月 日決定)				<input type="checkbox"/> 有 年 月 日から <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで						
	第 級(年 月 日決定)										
支給開始年月		年 月									
条例附則第5条 による調整関係	年金の種類 (障害等級第 級)	年金の年額	年金証書の 記号番号		年金開始年月	所轄年金事務所名等	備考				
		円	第 号		年 月						
		円	第 号		年 月						
障害補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	年金補償基礎額	条例第8条の2による年金額	条例附則第5条による調整又は第10条による制限後の年金額	障害補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	年金補償基礎額	条例第8条の2による年金額	条例附則第5条による調整又は第10条による制限後の年金額
	年 月から	円	円	円	円	円	年 月から	円	円	円	円
	年 月から	円	円	円	円	円	年 月から	円	円	円	円
	年 月から	円	円	円	円	円	年 月から	円	円	円	円
	年 月から	円	円	円	円	円	年 月から	円	円	円	円
振込金融機関名		銀行	支店	備考							
口座番号											

様式第30号

遺族補償年金記録簿

死亡職員の氏名・生年月日		年 月 日 生		支給開始年月		年 月		
遺族補償年金受給資格者	氏 名	生 年 月 日	住 所	死亡職員との続柄	支給資格に變動を生じた年月日	その事由	年金証書の番号	備 考
		年 月 日			年 月 日		第 号	
		年 月 日			年 月 日		第 号	
		年 月 日			年 月 日		第 号	
		年 月 日			年 月 日		第 号	
		年 月 日			年 月 日		第 号	
条例附則第5条による調整関係	年金の種類	年金の年額	年金証書の番号	年金開始年月	所轄年金事務所名等			備 考
		円	第 号	年 月				
遺族補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	年補基礎	金償額	乗すべき数	条例第12条による額	例5の額	則に整の額
	年 月から	円	円	円	円	円	円	円
	年 月から	円	円	円	円	円	円	円
	年 月から	円	円	円	円	円	円	円
	年 月から	円	円	円	円	円	円	円
	年 月から	円	円	円	円	円	円	円
振込金融機関名		銀行	支店	備 考				
口座番号								

