

草津栗東行政事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則

令和4年10月1日

規則第12号

第1章 総則

(趣旨)

第1条 この規則は、草津栗東行政事務組合議会の議員その他の非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例（令和4年草津栗東行政事務組合条例第21号。以下「条例」という。）第3条第2項ただし書、第5条第8項、第11条ただし書、第21条、第25条第8項、第26条第2項、第29条第1項、第30条、付則第4条第1項から第3項までおよび付則第5条第1項から第3項までの規定に基づき、公務災害補償等認定委員会および公務災害補償等審査会の組織および運営、補償の手続その他条例の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この規則で「災害」、「補償」、「職員」、「通勤」、「実施機関」、「認定委員会」、「補償基礎額」、「福祉事業」または「審査会」とは、それぞれ条例第1条、第2条、第3条第1項、第4条第1項、第5条第1項、第6条、第23条または第25条第1項に規定する災害、補償、職員、通勤、実施機関、認定委員会、補償基礎額、事業または審査会をいう。

(公務上の災害の範囲)

第3条 公務上の災害の範囲は、公務に起因する負傷、障害および死亡ならびに別表第1に掲げる疾病とする。

(通勤による災害の範囲)

第4条 通勤による災害の範囲は、通勤に起因する負傷、障害および死亡ならびに次に掲げる疾病とする。

- (1) 通勤による負傷に起因する疾病
- (2) 前号に掲げるもののほか、通勤に起因することが明らかな疾病

(就業の場所から勤務場所への移動等)

第5条 条例第3条第1項第2号の規則で定める就業の場所から勤務場所への移動は、次に掲げる移動とする。

- (1) 一の勤務場所から他の勤務場所への移動
- (2) 次に掲げる就業の場所から勤務場所への移動

イ 労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)第3条第1項の適用事業に係る就業の場所

ロ 国家公務員災害補償法(昭和26年法律第191号)第1条第1項に規定する職員の勤務

場所

ハ その他勤務場所ならびにイおよびロに掲げる就業の場所に類するもの

2 条例第3条第1項第2号の規則で定める職員に関する法令の規定に違反して就業している場合は、次に掲げる法令の規定に違反している場合とする。

- (1) 地方公務員法(昭和25年法律第261号)第38条第1項
- (2) 前号に掲げる法令の規定に類する法令の規定

3 条例第3条第1項第3号の規則で定める要件は、同号に掲げる移動が、単身赴任手当の支給を受ける地方公務員災害補償法(昭和42年法律第121号)第2条第1項に規定する職員と均衡上必要があると認められる職員により行われるものであることとする。

(日常生活上必要な行為)

第6条 条例第3条第2項ただし書の日常生活上必要な行為であって規則で定めるものは、次に掲げる行為とする。

- (1) 日用品の購入その他これに準ずる行為
- (2) 学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する学校において行われる教育、職業能力開発促進法(昭和44年法律第64号)第15条の7第3項に規定する公共職業能力開発施設において行われる職業訓練その他これらに準ずる教育訓練であって職業能力の向上に資するものを受ける行為
- (3) 病院または診療所において診察または治療を受けることその他これに準ずる行為
- (4) 選挙権の行使その他これに準ずる行為

(災害の報告)

第7条 実施機関は、その所管に属する職員について、公務または通勤により生じたと認められる死傷病が発生した場合は、その指定する者に、速やかに報告をさせなければならない。

(認定および通知)

第8条 実施機関は、前条の報告を受けたときは、認定委員会の意見を聴いてその災害が公務または通勤により生じたものであるかどうかを認定し、公務により生じたものであると認定したときは別記様式第1号、通勤により生じたものであると認定したときは別記様式第2号により補償を受けるべき者に速やかに条例第4条第2項による通知をしなければならない。

2 実施機関は、前条の規定による報告にかかる災害が公務により生じたものまたは通勤により生じたもののいずれでもないとして認定したときは、次に掲げる事項を記載した書面により、被災職員等にその旨を通知しなければならない。

- (1) 実施機関の長の職氏名
- (2) 被災職員の氏名
- (3) 傷病名
- (4) 災害発生日

(5) 公務上の災害または通勤による災害でないと認定した理由

(認定委員会)

第9条 認定委員会は、委員長が招集する。

- 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、およ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。この場合においては、委員長は、委員として議決に加わる権利を有する。
- 4 前項の場合において、可否同数のときは、委員長が決する。
- 5 委員長は、会議録を調製し、開会の日時および場所、出席委員の氏名、議事の要領、議決した事項その他必要と認める事項を記載しなければならない。
- 6 前各項に定めるもののほか、認定委員会に関し必要な事項は、認定委員会が定める。

第2章 補償および福祉事業

(療養の方法)

第10条 療養補償たる療養は、管理者の指定する病院もしくは診療所または薬局（以下「指定医療機関」という。）または訪問看護事業者（居宅を訪問することによる療養上の世話または必要な診療の補助の事業を行う者をいう。以下同じ。）において行う。

(給与その他の収入の一部を受けない場合における休業補償)

第11条 職員が公務上負傷し、もしくは疾病にかかり、または通勤により負傷し、もしくは疾病にかかり、療養のため、勤務その他の業務の全部について従事することができない場合において職員の受ける給与その他の収入の額が補償基礎額の100分の60に相当する額に満たないときは当該満たない額に相当する額、勤務その他の業務の一部について従事することができない場合において職員の受ける給与その他の収入の額が補償基礎額（当該療養の開始後1年6月を経過している場合において、条例第8条第1項の規定により管理者が最高限度額として定める額（以下この条において単に「最高限度額」という。）を補償基礎額とされている場合にあっては、同項の規定の適用がないものとした場合における補償基礎額）に満たないときは当該満たない額（当該療養の開始後1年6月を経過している場合において、当該満たない額が最高限度額を超える場合にあっては、当該最高限度額）の100分の60に相当する額を休業補償として支給する。

(休業補償を行わない場合)

第12条 条例第11条ただし書の規則で定める場合は、次に掲げる場合とする。

- (1) 懲役、禁錮もしくは拘留の刑の執行のためもしくは死刑の言渡しを受けて刑事施設（少年法（昭和23年法律第168号）第56条第3項の規定により少年院において刑を執行する場合における当該少年院を含む。）に拘置されている場合、労役場留置の言渡しを受けて労役場に留置されている場合または法廷等の秩序維持に関する法律（昭和27年法律第286

号) 第2条の規定による監置の裁判の執行のため監置場に留置されている場合

(2) 少年法第24条の規定による保護処分として少年院もしくは児童自立支援施設に送致され、収容されている場合、同法第64条の規定による保護処分として少年院に送致され、収容されている場合または同法第66条の規定による決定により少年院に収容されている場合
(介護補償に係る障害)

第13条 条例第15条の規則で定める障害は、介護を要する状態の区分に応じ、別表第2に定める障害とする。

(葬祭補償の額)

第14条 条例第21条に規定する規則で定める金額は、315,000円に補償基礎額の30倍に相当する額を加えた金額とする。

(補償の請求方法)

第15条 補償(現に受けている補償の額の変更を含む。以下この条および第17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、別記様式第3号から別記様式第16号までによる補償の請求書を職員の勤務する公署(職員が死亡し、または離職した場合においては、その死亡また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、第10条に規定する指定医療機関または訪問看護事業者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16条 遺族補償年金を受ける権利を有する者が2人以上あるときは、これらの者は、そのうちの1人を遺族補償年金の請求およ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、またはその代表者を解任したときは、速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、併せてその代表者を選任し、また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17条 実施機関は、補償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い、速やかに請求者に書面でその決定に関する通知をするとともに、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18条 条例第22条において例によることとされる地方公務員災害補償法第35条第1項または第2項の規定により遺族補償年金の支給の停止または支給の停止の解除を申請する者は、別記様式第17号または別記様式第18号による申請書(遺族補償年金の支給停止の解除を申

請する場合にあっては、これらの申請書および年金証書）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、または支給の停止を解除したときは、当該申請を行った者に速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19条 実施機関は、傷病補償年金、障害補償年金または遺族補償年金（以下「年金たる補償」という。）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、あわせて別記様式第19号による年金証書を交付しなければならない。

- 2 実施機関は、既に交付した年金証書の記載事項を変更する必要がある場合は、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、年金証書の提出または提示を求めることができる。

第20条 年金証書の交付を受けた者は、その証書を亡失し、また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また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、速やかにこれを実施機関に返納しなければならない。

第21条 年金証書の交付を受けた者またはその遺族は、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22条 年金たる補償を受ける者は、毎年1回2月1日から同月末日までの間に、別記様式第20号から別記様式第22号までにより、その障害の現状または遺族補償年金の支給額の算定の基礎となる遺族の現状に関す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23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。

- (1) 氏名または住所を変更した場合
- (2) 傷病補償年金を受ける者にあつては、次に掲げる場合
 - ア その負傷または疾病が治った場合
 - イ その障害の程度に変更があった場合
- (3) 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った場合
- (4) 遺族補償年金を受ける者にあつては、次に掲げる場合

ア 条例第18条第1項（同項第1号を除く。）の規定により、その者の遺族補償年金を受け
ける権利が消滅した場合

イ 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数に増減を生
じた場合

ウ 遺族補償年金を受け権利を有する妻にその者と生計を同じくしている他の遺族で遺族
補償年金を受けることができるものがない場合において、その妻が55歳に達したとき
（条例第17条第1項第4号に規定する障害の状態にあるときを除く。）または条例第1
7条第1項第4号に規定する障害の状態になり、もしくはその事情がなくなったとき（5
5歳以上であるときを除く。）。

2 補償を受け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2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。

（福祉事業の種類）

第24条 条例第23条第1項の福祉事業の種類は、次のとおりとする。

- (1) 外科後処置に関する事業
- (2) 補装具に関する事業
- (3) リハビリテーションに関する事業
- (4) 休養に関する事業
- (5) アフターケアに関する事業
- (6) 休業援護金の支給
- (7) 在宅介護を行う介護人の派遣に関する事業
- (8) 在宅介護のための住宅に関する事業
- (9) 奨学援護金の支給
- (10) 就労保育援護金の支給
- (11) 傷病特別支給金の支給
- (12) 障害特別支給金の支給
- (13) 遺族特別支給金の支給
- (14) 障害特別援護金の支給
- (15) 遺族特別援護金の支給
- (16) 傷病特別給付金の支給
- (17) 障害特別給付金の支給
- (18) 遺族特別給付金の支給
- (19) 障害差額特別給付金の支給

(20) 長期家族介護者援護金の支給

(21) 身体障害者用自動車に関する事業

2 条例第23条第2項の福祉事業の種類は、次のとおりとする。

(1) 公務上の災害の防止に関する活動を行う団体に対する援助に関する事業

(2) 公務上の災害を防止する対策の調査研究に関する事業

(3) 公務上の災害を防止する対策の普及および推進に関する事業

(福祉事業の実施)

第25条 実施機関は、福祉事業を行うに当たっては、その内容について管理者と協議しなければならない。

(福祉事業の申請等)

第26条 条例第23条第1項の福祉事業を受けようとする者は、実施機関の定めるところにより、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、速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3章 審査会

(審査会の招集等)

第27条 審査会は、会長が招集する。

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

3 審査会の議事は、出席委員の過半数で決する。この場合においては、会長は、委員として議決に加わる権利を有する。

4 前項の場合において、可否同数のときは、会長が決する。

5 会長は、会議録を調製し、開会の日時および場所、出席委員の氏名、議事の要領、議決した事項その他必要と認める事項を記載しなければならない。

6 前各項に定めるもののほか、審査会に関し必要な事項は、審査会が定める。

(審査の申立て)

第28条 条例第24条第1項の規定に基づく審査の申立ては、書面で行なければならない。

2 前項の書面（以下「審査申立書」という。）には、次に掲げる事項を記載し、審査を申し立てようとする者が記名して、正副2通を、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。

(1) 災害を受けた者の氏名、住所および生年月日ならびに災害発生当時の職ならびに所属部局

(2) 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、住所および生年月日ならびにその職員との続柄または関係

(3) 補償に関する当局の措置

(4) 申立ての趣旨

(5) 代理人を選任したときは、その者の氏名、住所および職業

(6) 申立の年月日

3 審査申立書の記載事項に変更を生じた場合には、申立人は、その都度、その旨を速やかに審査会に届け出なければならない。

第4章 雑則

(第三者の行為による災害についての届出)

第29条 補償の原因である災害が第三者の行為によって生じたときは、補償を受けるべき者は、その事実、第三者の氏名および住所（第三者の氏名および住所がわからないときは、その旨）ならびに被害の状況を、遅滞なく、実施機関に届け出なければならない。

(旅費の支給)

第30条 条例第26条第1項の規定により出頭した者に対する旅費の支給については、旅費に関する条例の定めるところによる。

(通勤による災害に係る一部負担金)

第31条 条例第29条第1項に規定する規則で定める職員は、次の各号の一に該当する者とする。

(1) 第三者の加害行為によって通勤による災害を受けた者

(2) 療養開始後3日以内に死亡した者

(3) 休業補償を受けない者

(4) 同一の通勤による災害に関し、既に一部負担金を払い込んだ者

2 条例第29条第1項に規定する規則で定める金額は、200円（健康保険法（大正11年法律第70号）第69条の7に規定する日雇特例被保険者である職員にあつては、100円）とする。ただし、当該額が現に療養に要した費用の総額または休業補償の総額を超える場合には、それらの総額のうち小さい額（それらの総額が同じ額ときはその額）に相当する額とする。

(公署の長の助力等)

第32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うことが困難である場合には、職員の勤務する公署の長は、その手続を行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、速やかに証明をしなければならない。

3 前2項の規定は、条例第23条第1項の福祉事業を受けようとする者について準用する。

(記録簿)

第33条 実施機関は、災害補償記録簿および福祉事業記録簿（別記様式第23号）ならびに年金記録簿（別記様式第24号）を備え、必要な事項を記入しなければならない。

付 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 第11条の規定による金額が補償基礎額の60倍に相当する金額に満たないときは、条例第21条に規定する規則で定める金額は、当分の間、第11条の規定にかかわらず、補償基礎額の60倍に相当する金額とする。
- 3 条例付則第4条第1項の規定による障害補償年金前払一時金の支給に係る申出は、障害補償年金の最初の支出に先立ってしなければならない。ただし、既に障害補償年金の支払があった場合であっても、実施機関の行う当該補償年金の支給の決定に関する通知があった日の翌日から起算して1年を経過する日までの間は、当該申出をすることができる。
- 4 前項の申出は、同一の災害につき2回以上行うことができない。
- 5 障害補償年金前払一時金の額は、当該障害補償年金前払一時金に係る障害補償年金に係る障害等級に応じ、それぞれ条例付則第3条第1項の表の右欄に掲げる額（当該障害補償年金が、条例第22条において例によることとされる地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号）第29条第8項の規定によるものである場合（次項において「障害加重の場合」という。）にあっては、次項に定める額。以下「障害補償年金前払一時金の限度額」という。）または障害補償年金前払一時金の限度額の範囲内で、補償基礎額の1,200倍、1,000倍、800倍、600倍、400倍または200倍に相当する額のうちから当該障害補償年金を受ける権利を有する者が選択した額とする。ただし、付則第3項ただし書の規定による申出が行われた場合には、補償基礎額の1,200倍、1,000倍、800倍、600倍、400倍または200倍に相当する額のうち、当該障害補償年金に係る障害等級に応じ、それぞれ障害補償年金前払一時金の限度額から当該申出が行われた日の属する月までの期間に係る当該障害補償年金の額の合計額を差し引いた額を超えない範囲内で当該障害補償年金を受ける権利を有する者が選択した額とする。
- 6 障害加重の場合の障害補償年金に係る障害補償年金前払一時金の限度額は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該各号に掲げる額とする。
 - (1) 加重前の障害の程度が条例別表第2に定める第7級以上の障害等級に該当する場合 加重後の障害等級に応じそれぞれ条例付則第3条第1項の表の右欄に掲げる額から、加重前の障害等級に応じそれぞれ同表の右欄に掲げる額を差し引いた額
 - (2) 加重前の障害の程度が条例別表第2に定める第8級以下の障害等級に該当する場合 加重後の障害等級に応じそれぞれ条例付則第3条第1項表の右欄に掲げる額に、当該障害補償年金に係る地方公務員災害補償法施行規則（昭和42年自治省令第27号）第27条の規定の例による金額を当該障害補償年金に係る加重後の障害の程度に応ずる条例第13条の規定による金額で除して得た数を乗じて得た額
- 7 障害補償年金は、付則第3項本文の規定による申出が行われた場合にあつては、当該障害補

償年金を支給すべき事由が生じた日（同項ただし書の規定による申出が行われた場合にあつては、当該申出が行われた日）の属する月の翌月から、次に掲げる額の合計額が当該障害補償年金前払一時金の額に達するまでの間、その支給を停止するものとする。

(1) 当該障害補償年金に係る障害補償年金前払一時金が支給された月後の最初の障害補償年金に係る支払期月から1年を経過する月以前の各月（付則第3項ただし書の規定による申出が行われた場合にあつては、当該申出が行われた日の属する月の翌月以後の月に限る。）に支給されるべき障害補償年金の額

(2) 前号の支払期月から1年を経過する月後の各月に支給されるべき障害補償年金の額を、100分の5に当該支払期月以後の経過年数（当該年数に1年未満の端数があるときは、これを切り捨てた年数）を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額

8 前項の規定による障害補償年金の支給の停止が終了する月に係る障害補償年金の額は、当該終了する月が、同項に規定する支払期月から起算して1年以内の場合にあつては、当該障害補償年金前払一時金の額から同項の規定により各月に支給されるべき当該障害補償年金の額の金額につき支給が停止される期間に係る同項の規定による合計額（以下この項において「全額停止期間に係る合計額」という。）を差し引いた額、当該支払期月から起算して1年を超える場合にあつては、当該障害補償年金前払一時金の額から全額停止期間に係る合計額を差し引いた額に100分の5に当該終了する月の同項に規定する経過年数を乗じて得た数に1を加えた数を乗じて得た額を、それぞれ当該終了する月に支給されるべき当該障害補償年金の額から差し引いた額とする。

9 条例付則第5条第1項の規定による遺族補償年金前払一時金の支給に係る申出は、遺族補償年金の最初の支払に先立ってしなければならない。ただし、既に遺族補償年金の支払があつた場合であっても、実施機関の行う当該遺族補償年金の支給の決定に関する通知があつた日の翌日から起算して1年を経過する日までの間は、当該申出をすることができる。

10 前項の申出は、同一の災害につき2回以上行うことができない。

11 第13条の規定は、遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が2人以上あるときにおける遺族補償年金前払一時金の請求および受領について準用する。

12 遺族補償年金前払一時金の額は、補償基礎額の1,000倍、800倍、600倍、400倍または200倍に相当する額のうち、当該遺族補償年金前払一時金に係る遺族補償年金を受ける権利を有する遺族（前項の規定により代表者が選任された場合には、当該代表者。以下この項において同じ。）が選択した額とする。ただし、付則第9項ただし書の規定による申出が行われた場合には、補償基礎額の800倍、600倍、400倍または200倍に相当する額のうち、補償基礎額の1,000倍に相当する額から当該申出が行われた日の属する月までの期間に係る当該遺族補償年金の額の合計額を差し引いた額を超えない範囲内で当該遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が選択した額とする。

1 3 遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が2人以上あるときは、遺族補償年金前払一時金の額は、前項の規定にかかわらず、同項に規定する額をその人数で除して得た額とする。

1 4 遺族補償年金は、付則第9項本文の規定による申出が行われた場合にあつては、当該遺族補償年金を支給すべき事由が生じた日（同項ただし書の規定による申出が行われた場合にあつては、当該申出が行われた日）の属する月（条例付則第7条第1項の規定に基づき遺族補償年金を受けることができることとされた遺族であつて当該遺族補償年金を受ける権利を有することとなったもの（以下この項において「特例遺族補償年金受給権者」という。）が付則第9項本文の規定による申出を行った場合にあつては、その者が当該遺族補償年金に係る職員の死亡の時期に応じ条例付則第7条第1項の表の右欄に掲げる年齢（以下この項および付則第18項において「支給停止解除年齢」という。）に達する月）の翌月から、次に掲げる額の合計額（特例遺族補償年金受給権者が付則第9項本文の規定による申出を行った場合にあつては、支給停止解除年齢に達する月までの間に係る額を除く。）が当該遺族補償年金前払一時金の額に達するまでの間、その支給を停止するものとする。

(1) 当該遺族補償年金に係る遺族補償年金前払一時金が支給された月後の最初の遺族補償年金に係る支払期月（特例遺族補償年金受給権者が支給停止解除年齢に達する前に付則第9項本文の規定による申出を行った場合にあつては、当該特例遺族補償年金受給権者について条例付則第7条第3項本文の規定の適用がないものとした場合における当該遺族補償年金前払一時金が支給された月後の最初の当該遺族補償年金に係る支払期月に当たる月。以下この項および次項において同じ。）から1年を経過する月以前の各月（付則第9項ただし書の規定による申出が行われた場合にあつては、当該申出が行われた日の属する月の翌月以後の月に限る。）に支給されるべき遺族補償年金の額

(2) 前号の支払期月から1年を経過する月後の各月に支給されるべき遺族補償年金の額を、100分の5に当該支払期月以後の経過年数（当該年数に1年未満の端数があるときは、これを切り捨てた年数）を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額

1 5 前項の規定による遺族補償年金の支給の停止が終了する月に係る遺族補償年金の額は、当該終了する月が、同項に規定する支払期月から起算して1年以内の場合にあつては、当該遺族補償年金前払一時金の額から同項の規定により各月に支給されるべき当該遺族補償年金の額の全額につき支給が停止される期間に係る同項の規定による合計額（以下この項において「全額停止期間に係る合計額」という。）を差し引いた額、当該支払期月から起算して1年を超える場合にあつては、当該遺族補償年金前払一時金の額から全額停止期間に係る合計額を差し引いた額に100分の5に当該終了する月の同項に規定する経過年数を乗じて得た数に1を加えた数を乗じて得た額を、それぞれ当該終了する月に支給されるべき当該遺族補償年金の額から差し引いた額とする。

1 6 実施機関は、条例付則第4条第3項、条例付則第5条第3項および条例付則第7条第3項

の支給停止期間が満了したときは、速やかに当該支給停止に係る障害補償年金または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。

17 年金たる補償を受ける者は、当該補償の事由となった障害または死亡について条例付則第8条に掲げる年金たる給付が支給されることとなった場合、その給付の額が変更された場合またはその支給を受けられなくなった場合には、その事実を明らかにすることができる書類を添えて、速やかにその旨を実施機関に届け出なければならない。

18 第22条および第23条の規定は、条例付則第7条第1項の規定に基づき遺族補償年金を受けることができることとされた遺族で支給停止解除年齢に達しないものがある場合について準用する。この場合において、第22条中「受ける者」とあるのは「受ける権利を有する者」と、「基礎となる遺族」とあるのは「基礎となる遺族（条例付則第7条第1項の規定に基づき遺族補償年金を受けることができることとされた遺族であつて、当該遺族補償年金に係る職員の死亡の時期に応じ、同項の表の右欄に掲げる年齢に達しないものを含む。）」と、第23条第1項中「受ける者」とあるのは「受ける権利を有する者」と読み替えるものとする。

付 則（令和5年3月13日規則第1号）

この規則は、公布の日から施行する。

付 則（令和6年4月1日規則第2号）

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

別表第1（第3条関係）

- 1 公務上の負傷に起因する疾病
- 2 物理的因子にさらされる業務に従事したため生じた次に掲げる疾病およびこれらに付随する疾病
 - (1) 紫外線にさらされる業務に従事したため生じた前眼部疾患または皮膚疾患
 - (2) 赤外線にさらされる業務に従事したため生じた網膜火傷、白内障等の眼疾患または皮膚疾患
 - (3) レーザー光線にさらされる業務に従事したため生じた網膜火傷等の眼疾患または皮膚疾患
 - (4) マイクロ波にさらされる業務に従事したため生じた白内障等の眼疾患
 - (5) 管理者の定める電離放射線（以下「放射線」という。）にさらされる業務に従事したため生じた急性放射線症、皮膚潰瘍等の放射線皮膚障害、白内障等の放射性眼疾患、放射線肺炎、再生不良性貧血等の造血器障害、骨え死その他の放射線障害
 - (6) 高压室内作業または潜水作業に係る業務に従事したため生じた潜かん病または潜水病
 - (7) 気圧の低い場所における業務に従事したため生じた高山病または航空減圧症
 - (8) 暑熱な場所における業務に従事したため生じた熱中症
 - (9) 高熱物体を取り扱う業務に従事したため生じた熱傷

- (10) 寒冷な場所における業務または低温物体を取り扱う業務に従事したため生じた凍傷
 - (11) 著しい騒音を発する場所における業務に従事したため生じた難聴等の耳の疾患
 - (12) 超音波にさらされる業務に従事したため生じた手指等の組織え死
 - (13) (1)から(12)までに掲げるもののほか、物理的因子にさらされる業務に従事したため生じたことの明らかな疾病
- 3 身体に過度の負担のかかる作業態様の業務に従事したため生じた次に掲げる疾病およびこれらに付随する疾病
- (1) 重激な業務に従事したため生じた筋肉、けん、骨もしくは関節の疾患または内臓脱
 - (2) 重量物を取り扱う業務、腰部に過度の負担を与える不自然な作業姿勢により行う業務その他腰部に過度の負担のかかる業務に従事したため生じた腰痛
 - (3) チェンソー、ブッシュクリーナー、削岩機等の身体に振動を与える機械器具を使用する業務に従事したため生じた手指、前腕等の末しょう循環障害、末しょう神経障害または運動器障害
 - (4) 電子計算機への入力を反復して行う業務その他上肢に過度の負担のかかる業務に従事したため生じた後頭部、けい部、肩甲帯、上腕、前腕または手指の運動器障害
 - (5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、身体に過度の負担のかかる作業態様業務に従事したため生じたことの明らかな疾病
- 4 化学物質等にさらされる業務に従事したため生じた次に掲げる疾病およびこれらに付随する疾病
- (1) 管理者の定める単体たる化学物質または化合物（合金を含む。）にさらされる業務に従事したため生じた疾病であって、管理者が定めるもの
 - (2) ふっ素樹脂、塩化ビニル樹脂、アクリル樹脂等の合成樹脂の熱分解生成物にさらされる業務に従事したため生じた眼粘膜の炎症または気道粘膜の炎症等の呼吸器疾患
 - (3) すず、鉍物油、漆、テレピン油、タール、セメント、アミン系の樹脂硬化剤等にさらされる業務に従事したため生じた皮膚疾患
 - (4) たん白分解酵素にさらされる業務に従事したため生じた皮膚炎、結膜炎または鼻炎、気管支ぜん息等の呼吸器疾患
 - (5) 木材の粉じん、獣毛のじんあい等を飛散する場所における業務または抗生物質等にさらされる業務に従事したため生じたアレルギー性の鼻炎、気管支ぜん息等の呼吸器疾患
 - (6) 綿、亜麻等の粉じんを飛散する場所における業務に従事したため生じた呼吸器疾患
 - (7) 石綿にさらされる業務に従事したため生じた良性石綿胸水またはびまん性胸膜肥厚
 - (8) 空気中の酸素濃度の低い場所における業務に従事したため生じた酸素欠乏症
 - (9) (1)から(8)までに掲げるもののほか、化学物質等にさらされる業務に従事したため生じたことの明らかな疾病

- 5 粉じんを飛散する場所における業務に従事したため生じたじん肺症等または管理者の定めるじん肺の合併症
- 6 細菌、ウイルス等の病原体にさらされる業務に従事したため生じた次に掲げる疾病およびこれらに付随する疾病
 - (1) 患者の診療もしくは看護の業務、介護の業務または研究その他の目的で病原体を取り扱う業務に従事したため生じた伝染性疾患
 - (2) 動物もしくはその死体、獣毛、革その他動物性の物またはぼろ等の古物を取り扱う業務に従事したため生じたブルセラ症、炭そ病等の伝染性疾患
 - (3) 湿潤地における業務に従事したため生じたワイル病等のレプトスピラ症
 - (4) 屋外における業務に従事したため生じたつつが虫病
 - (5) (1)から(4)までに掲げるもののほか、細菌、ウイルス等の病原体にさらされる業務に従事したため生じたことの明らかな疾病
- 7 がん原性物質またはがん原性因子にさらされる業務に従事したため生じた次に掲げる疾病およびこれらに付随する疾病
 - (1) ベンジジンにさらされる業務に従事したため生じた尿路系腫瘍
 - (2) ベーターナフチルアミンにさらされる業務に従事したため生じた尿路系腫瘍
 - (3) 4-アミノジフェニルにさらされる業務に従事したため生じた尿路系腫瘍
 - (4) 4-ニトロジフェニルにさらされる業務に従事したため生じた尿路系腫瘍
 - (5) ビス(クロロメチル)エーテルにさらされる業務に従事したため生じた肺がん
 - (6) ベリリウムにさらされる業務に従事したため生じた肺がん
 - (7) ベンゾトリクロリドにさらされる業務に従事したため生じた肺がん
 - (8) 石綿にさらされる業務に従事したため生じた肺がんまたは中皮腫
 - (9) ベンゼンにさらされる業務に従事したため生じた白血病
 - (10) 塩化ビニルにさらされる業務に従事したため生じた肝血管肉腫または肝細胞がん
 - (11) 3・3'-ジクロロ-4・4'-ジアミノジフェニルメタンにさらされる業務に従事したため生じた尿路系腫瘍
 - (12) オルトートルイジンにさらされる業務に従事したため生じたぼうこうがん
 - (13) 1・2-ジクロロプロパンにさらされる業務に従事したため生じた胆管がん
 - (14) ジクロロメタンにさらされる業務に従事したため生じた胆管がん
 - (15) 放射線にさらされる業務に従事したため生じた白血病、肺がん、皮膚がん、骨肉腫、甲状腺がん、多発性骨髄腫または非ホジキンリンパ腫
 - (16) すず、鉱物油、タール、ピッチ、アスファルトまたはパラフィンにさらされる業務に従事したため生じた皮膚がん
 - (17) (1)から(16)までに掲げるもののほか、がん原性物質またはがん原性因子にさらされる

業務に従事したため生じたことの明らかな疾病

8 相当の期間にわたって継続的に行う長時間の業務その他血管病変等を著しく増悪させる業務に従事したため生じた狭心症、心筋こうそく、心停止（心臓性突然死を含む。）、心室細動等の重症の不整脈、肺そく栓症、大動脈りゅう破裂（解離性大動脈りゅうを含む。）、くも膜下出血、脳出血、脳血栓症、脳そく栓症、ラクナこうそくまたは高血圧性脳症およびこれらに付随する疾病

9 人の生命にかかわる事故への遭遇その他強度の精神的または肉体的負荷を与える事象を伴う業務に従事したため生じた精神および行動の障害ならびにこれに付随する疾病

10 前各号に掲げるもののほか、公務に起因することの明らかな疾病

別表第2（第13条関係）

| 介護を要する状態の区分 | 障害 |
|-------------|--|
| 常時介護を要する状態 | 1 神経系統の機能または精神の著しい障害であって、その程度が常に介護を要するもの 2 胸腹部臓器の機能の著しい障害であって、その程度が常に介護を要するもの 3 前2号に掲げるもののほか、条例別表第1に定める第1級に該当する障害であって前2号に掲げるものと同程度の介護を要するものまたは条例別表第2に定める第1級に該当する障害であって前2号に掲げるものと同程度の介護を要するもの |
| 随時介護を要する状態 | 1 神経系統の機能または精神の著しい障害であって、その程度が随時介護を要するもの 2 胸腹部臓器の機能の著しい障害であって、その程度が随時介護を要するもの 3 条例別表第1に定める第1級に該当する障害であって前2号に掲げるものと同程度の介護を要するものまたは条例別表第2に定める第1級に該当する障害であって前2号に掲げるものと同程度の介護を要するもの |

公務災害補償通知書

年 月 日

-----様

(実施機関の職氏名)

-----印

あなたは、草津栗東行政事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等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 災害発生年月日 -----年 月 日-----
- 3 傷 病 名 -----

補 償 の 内 容

1 あなたが被災職員である場合

(1) 療養補償

公務上の負傷または疾病については、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 薬剤または治療材料の支給
- ウ 処置、手術その他の治療
- エ 居宅における療養上の管理およびその療養に伴う世話その他の看護
- オ 病院または診療所への入院およびその療養に伴う世話その他の看護
- カ 移送

(2) 休業補償

公務上の負傷また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60/100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

公務上の負傷また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

公務上の負傷また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また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

傷病補償年金また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また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 妻および60歳以上の夫
- ② 18歳に達する日以後の最初の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または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、祖父母また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つて、死亡した受給権者に支給された障害補償年金およ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。

[注意事項]

- 1 あなたは、上記の事由に該当したときは、それぞれの事由に応ずる補償が受けられますので、速やかに請求書を提出してください。ただし、条例の規定により制限を受ける場合もありますので、被災職員の所属機関とよく連絡をとって、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（障害補償およ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 実施機関の行う補償の実施について不服がある場合には、条例施行規則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、被災職員の所属機関に問い合わせてください。

通 勤 災 害 補 償 通 知 書

年 月 日

-----様

（実施機関の職氏名）

-----印

あなたは、草津栗東行政事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等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 災害発生年月日 ----- 年 月 日 -----
- 3 傷 病 名 -----

補 償 の 内 容

1 あなたが被災職員である場合

(1) 療養補償

通勤による負傷または疾病については、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 薬剤または治療材料の支給
- ウ 処置、手術その他の治療
- エ 居宅における療養上の管理およびその療養に伴う世話その他の看護
- オ 病院または診療所への入院およびその療養に伴う世話その他の看護
- カ 移送

(2) 休業補償

通勤による負傷また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60/100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

通勤による負傷また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

通勤による負傷また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

傷病補償年金また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歳に達する日以後の最初の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または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、祖父母また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つて、死亡した受給権者に支給された障害補償年金およ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つて、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または疾病に係る療養補償を受ける職員である場合は、一部負担金を納付しなければなりません。

〔注意事項〕

- 1 あなたは、上記の事由に該当したときは、それぞれの事由に応ずる補償が受けられますので、速やかに請求書を提出してください。ただし、条例の規定により制限を受ける場合もありますので、被災職員の所属機関とよく連絡をとって、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（障害補償およ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 実施機関の行う補償の実施について不服がある場合には、条例施行規則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、被災職員の所属機関に問い合わせてください。

様式第3号（第15条関係）

療 養 補 償 請 求 書

| | | | |
|--|--|----------------------------|-------|
| | | 請求回数 | 第 回 |
| (実施機関の職氏名) -----様 下記の療養補償を請求します。 | | 請求年月日 | 年 月 日 |
| | | 請求者の住所 | |
| | | ふりがな 氏 名 | |
| 1 補償費用の受領委任 | 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。 委任者の氏名----- | | |
| | 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の住所----- 氏 名----- | | |
| 2 被災職員に関する事項 | 所属名 | 職 名 | |
| | 氏 名 | 年 月 日生（ 歳） | |
| | 負傷または発病の年月日 | 年 月 日 | |
| 3 診療費 | 内訳は「9 診療費請求明細」欄記載のとおり | | 円 |
| 4 看護料 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | 内訳は「*10 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり | |
| | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 付添婦 <input type="checkbox"/> その他 | 年 月 日から 日間 年 月 日まで | 円 |
| 5 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 |
| 6 上記以外の療養費 | | | 円 |

| | | | | | | |
|-------------------------|-------|---|----|----|-------|-------|
| 7 療養補償請求金額 (3～6の合計額) | | | | | | 円 |
| 8 送金希望の場 合 | 口座振替 | 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 | | | | |
| | | 口座番号 | | | *決定金額 | 円 |
| | 送金小切手 | 預金名義者 | | | *通 知 | 年 月 日 |
| | | 受取先金融 機 関 名 | 銀行 | 支店 | | |
| そ の 他 | | | | | *支 払 | 年 月 日 |

| | | | | | | |
|--------------------|--------------|--|------------------|------|--------------------|--|
| * 9 診療費請求明細 | | | | | | |
| (1) 傷 病 名 | ア イ ウ | (2) 診療開始日 | ア 年 月 日 | 診療期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| | | | イ 年 月 日 | 診療日数 | 日 | |
| (3) 診 察 料 | 初診 | 時間外・休日・深夜 | 回 | 点 | | |
| | 再診 | 再 診 内 科 再 診 時 間 外 休 日 ・ 深 夜 | 回 回 回 回 | | | |
| | 指導 | | 回 | | | |
| | 往診 | 普 通 間 夜 間 深 夜 ・ 暴 風 雨 雪 ・ 難 路 | 回 回 回 | | | |
| (4) 投 薬 料 | 内服 | { 薬 剤 調 ・ 処 | 単位 回 | | | |
| | 屯服 | { 薬 剤 調 ・ 処 | 単位 回 | | | |
| | 外用 | { 薬 剤 調 ・ 処 | 単位 回 | | | |
| (5) 注 射 料 | 皮下筋肉内 | | 回 | | | |
| | 静脈内 そ の 他 | | 回 回 | | | |

| | | | | | |
|------|-------------------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---------|
| (6) | 処置料 | 薬剤 | 回 回 回 | | |
| (7) | 手術・麻酔料 | 薬剤 | 回 回 回 | | |
| (8) | 検査料 | 薬剤 | 回 回 回 | | |
| (9) | レントゲン料 | | 回 回 | | |
| (10) | その他 | | | | |
| (11) | 入院年月日 | | 年 月 日 | | |
| | 病 院 | 基 食 | 看 特 2 | 入院時基本診療料 〔 室料・看護 料・給食料 〕 点 | |
| | | 普 食 | 看 特 1 | | 食有 × 日間 |
| | | | 看 1 | | 食無 × 日間 |
| | 診 療 所 | 食 | 看 1 | 特食 × 日間 | |
| | | | 看 2 | 入院時医学管理料 2週間以内 × 日間 | |
| | | 基 寝 ・ 衣 | 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 | |
| | (12) | 診療報酬点数表により計算できる合計額 | | 合計点数×1点単価 | 円 |
| (13) | 診療報酬点数表により計算できないもの（例えば診断書料・入院室料差額等） | | | 円 | |
| (14) | 診療費請求合計額 | | (12) + (13) | 円 | |

上記の事項は事実と相違ありません。(この欄の記入は、診療にあ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。)

年 月 日

診療機関の { 所在地
名称
医師の氏名

印

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------|---------------------------------|---|
| *10 訪問看護事業者の証明 | | (患者氏名) | |
| 傷病名 | | (訪問看護期間) | |
| 傷病の経過 | | 年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回 | |
| 基本療養費 | 保健師、看護師、理学療法士、 作業療法士 | 指示年月日 | 年 月 日 |
| | 円× 回 円 | 主治医への直 近報告年月日 | 年 月 日 |
| | 准看護師 | 訪問日 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| 管理療養費 | 初日 円 2回目以降 円 | | |
| 情報提供療養費 | 円 | 提供した情報の概要 | |
| | | 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および主治医の氏名 | | | |
| 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。 | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 所在地 | | | |
| 訪問看護事業者の 名称 | | | |
| 代表者氏名 | | | |
| 印 | | | |

〔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 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療にあたった医療機関また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。
- 3 「4 看護料（訪問看護を除く。）」および「5 移送費」については、費用の領収書またはこれにかわる証明書および明細書を添付すること。
- 4 「6 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および「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量および費用を記入し、その領収書および明細書を添付すること。
- 5 「*9 診療費請求明細」の欄の記入にかえて同様事項を記載した医師、歯科医師または柔道整復師の証明書を添付してもよいこと。
- 6 診療報酬点数の算出ができない場合は、金額で記入すること。

様式第4号（第15条関係）

休業補償請求書

| | | | | | |
|--|--|--|---------|---------------------------|---|
| | | 請求回数 | 第 | 号 | |
| (実施機関の職氏名) 様 下記の休業補償を請求します。 | | 請求年月日 年 月 日 | | | |
| | | 請求者の住所..... ふりがな 氏 名..... | | | |
| 1 被災 職員 に関 する 事項 | 所属名 | 職 名 | | | |
| | 氏 名 | 年 月 日生 (歳) | | | |
| | 負傷または発病の年月日 | 年 月 日 | | | |
| 2 請求 日数 等 | 年 月 日から のうち 年 月 日まで 日 | $\left\{ \begin{array}{l} \text{全部休業した日数} \quad \text{日} \\ \text{一部休業した日数} \quad \text{日} \end{array} \right.$ | | | |
| | 全部 一部 | $\left[\begin{array}{l} \text{休業した日に支払われた給与の総額} \quad \text{円} \\ \text{休業した日に支払われた給与の総額} \quad \text{円} \end{array} \right]$ | | | |
| * 3 所属 部局 の長 の証 明 | 1および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 所属部局の $\left\{ \begin{array}{l} \text{所 在 地} \\ \text{名 称} \\ \text{長の職・氏名} \end{array} \right.$ 印 | | | | |
| 4 休 業 補 償 | 全部休業した日についての計算 | (A) | (補償基礎額) | (請求日数) | $\left(\begin{array}{l} \text{全部休業した日に} \\ \text{支払われた給与の} \\ \text{総額} \end{array} \right)$ |
| | | | 円 × | $\times \frac{60}{100} -$ | 円 = 円 |
| | 一部休業した日についての計算 | (B) | (補償基礎額) | (請求日数) | $\left(\begin{array}{l} \text{一部休業した日に} \\ \text{支払われた給与の} \\ \text{総額} \end{array} \right)$ |
| | | (円 × | - 円) | $\times \frac{60}{100} =$ | 円 |
| | 休業補償請求金額 | (A) + (B) 円 | | | |
| 5 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。 | | | | |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| * 6 医 師 の 証 明 | 傷病名 | |
| | 請求日数のうち療養のため勤務することができな かったとみとめられる日数 年 月 日から のう ち 日 年 月 日まで | 現在の状態 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 継続中 |
| | 上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 医療機関の { 所在地 } 名称 } 医師の氏名 印 | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|---|
| 7 送 金 希 望 の 場 合 | 口座振替 | 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 | *決 定 金 額 | 条例第14条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円 |
| | | 口 座 番 号 | | | |
| | | 預金名義者 | | | |
| | 送 金 小 切 手 | 受取先金融 機関名 | 銀行 支店 | *通 知 | 年 月 日 |
| | そ の 他 | | | *支 払 | 年 月 日 |

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「2 請求日数等」の欄には、草津栗東行政事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例第11条ただし書および同条例施行規則第12条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。
- 3 「*6医師の証明」の欄には、入院中の場合のように、すでに療養補償請求書等によって療養のため勤務できないことが明らかに認められるときは、この請求書において重ねて医師の証明を求めて、記入する必要はないこと。

4 「5 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8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およ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8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、速やかにその旨を書類で報告すること。

様式第5号（第15条関係）

傷病補償年金請求書

| | | | |
|--|----------------------|--|--|
| (実施機関の職氏名) -----様 下記の傷病補償年金を請求します。 | | 請求年月日 年 月 日 | |
| | | 請求者の住所 ----- ふりがな 氏名 ----- | |
| 1 被災職員に関する事項 | 所属名 | 職名 | |
| | 氏名 年 月 日生(歳) | | |
| | 負傷または発病の年月日 年 月 日 | 傷病等級該当年月日 年 月 日 | |
| 2 傷病の名称、部位およびその状態 | | | |
| 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 号 | |
| 6 傷病補償年金請求金額 | | (年金補償基礎額) (倍数) 円 × = 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 送金希望の場合 | 口座 座替 | 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 | *決金額 | 条例第14条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | 口座番号 | | | 円 |

| | | | | | |
|--|--------------|--------------------|---------|-----------------------|-------|
| | | 預金名義者 | | *通 知 | 年 月 日 |
| | 送 金 小 切 手 | 受 取 先 金 融 機 関 名 | 銀 行 支 店 | * 年 金 証 書 の 番 号 | 第 号 |
| | そ の 他 | | | * 支 給 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。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「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8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およ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8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、速やかにその旨を書類で報告すること。

様式第6号（第15条関係）

傷病補償年金変更請求書

| | |
|--|---|
| (実施機関の職氏名) -----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-----印 |
| 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およびその程度 | (第 級) |
| 5 変更後の傷病補償年金請求額 | (年金補償基礎額) (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 | 円 | *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。

様式第7号（第15条関係）

障害補償 年金一時金 請求書

| | | | | | |
|--|-------------|--|------------|-------|---|
| (実施機関の職氏名) -----様 下記の障害補償を請求します。 | | 請求年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | | 請求者の住所 | ----- | | |
| | | ふりがな 氏名 | -----印 | | |
| 1 被災職員に関する事項 | 所属名 | 職名 | | | |
| | 氏名 | | 年 月 日生(歳) | | |
| | 負傷または発病の年月日 | 年 月 日 | 治ゆ年月日 | 年 月 日 | |
| 2 障害の部位およびその程度 | | | | | |
| 3 既存障害とその程度 | | | | | |
| 4 障害等級 | | 第 級 号 | | | |
| 5 障害補償 請求金額 | 年金 | (年金補償基礎額) (倍数) 円 × = 円 | | | |
| | 一時金 | (補償基礎額) (倍数) 円 × = 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 送金希望の場合 | 口座 座替 | 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 | | 口座 番 号 | * 決定金額 | 条例第12条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | 預金名義者 | | | | <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 一時金 円 |
| | | 受取先 金融機関名 | | 銀行 | 支店 | * 通 知 |
| | 送金 小切手 | 銀行 | | 支店 | *年金証 書の番号 | 第 号 |
| | その他 | | | | *年金支 給開始 年月日 | 年 月 |
| | | | | | *支 払 (一時金) | 年 月 日 |

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「3 既存障害とその程度」の欄には、新たに既存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、その該当級を明記すること。
- 3 「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8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およ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8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、速やかにその旨を書類で報告すること。

様式第8号（第15条関係）

障 害 補 償 変 更 請 求 書

| | | | | |
|---|-------------|-----------|-------|-----|
| (実施機関の職氏名) 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 | |
| | 住 | 所 | ----- | |
| | ふりがな氏名 | | | 印 |
| 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 | | | 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およびその程度 | (第 | | 級) | |
| 5 変更後の障害補償請求金額 | 年金 | (年金補償基礎額) | (倍数) | |
| | | 円× | = | 円 |
| | 一時金 | (補償基礎額) | (倍数) | |
| | | 円× | = | 円 |

| | | | | | |
|-----------|------------------------------|---|---|-----------------------------|------------------------------|
| *受理 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 変更 | <input type="checkbox"/> 不変更 |
| *変更後の障害等級 | 第 | | 級 | *通知 | 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 | *支給開始年月 | 年 月 |

[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およびその程度」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およ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資料を添付すること。

様式第9号（第15条関係）

介 護 補 償 請 求 書

| | | | | |
|--|--------------------|---|--------------|-----------------|
| | | 請求回数 | 第 | 回 |
| (実施機関の職氏名) -----様 下記の介護補償を請求します。 | | 請求年月日 年 月 日 | | |
| | | 請求者の住所----- ふりがな 氏 名-----印 | | |
| 1 被災 職員 に関 する 事項 | 所属名 | 職 名 | | |
| | 氏 名 | 年 月 日生(歳) | | |
| | 負傷または発病の年月日 | 年 月 日 | | |
| 2 | 傷病等級または障害等級 | <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または随時の別 | <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 | 介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無 | 介護費用として支出した額 | 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(請求月額の合計) | | | |
| 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 介 護 に 従 事 し た 者 | 氏 名 | 請求者との続柄または関係 | 請求者が介護を受けた期間 | |
| | | | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日～ 年 月 日 | |

| | | | | | |
|--------------|-------|---|-------|-------|-------|
| 8 送金希望の場合 | 振込み | 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 | | *決定金額 | 円 |
| | | 口座番号 | | | |
| | | 預金名義者 | | *通 知 | 年 月 日 |
| | 送金小切手 | 受取先 金融機関名 | 銀行 支店 | *支 払 | 年 月 日 |
| | そ の 他 | | | | |

[注意事項]

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「5 請求金額等」の欄の「請求対象年月」、「介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無」、「介護費用として支出した額」、「請求月額」の項には、一の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また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また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ならびに当該介護に従事した者の氏名および請求者との続柄また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の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 円（随時介護を要する状態にあるときは 円）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および時間ならびに当該介護費用として一の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の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 円（随時介護を要する状態にあるときは 円）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。）

様式第10号 (第15条関係)

遺族補償年金請求書

| | | | | | | |
|--|---|------------------------------|----|----|----------|----|
| (実施機関の職氏名) -----様 下記の遺族補償年金を請求します。 | 請求年月日 年 月 日 | | | | | |
| | 請求者 (代表者) の住所 ----- ふりがな ----- 印 氏名 ----- 死亡職員との続柄 ----- | | | | | |
| 1 死亡職員に関する事項 | 所属名 | 職名 | | | | |
| | 氏名 ----- 年 月 日生(歳) | | | | | |
| | 負傷または発病の年月日 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生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明 | | | | | |
| 3 請求者および遺族補償年金を受けられる遺族 | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 住所 | 死亡職員との続柄 | 備考 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 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 | 備考 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 5 遺族補償年金請求金額の計算 | (年金補償基礎額) (乗すべき数) 円 × × $\frac{1}{(\text{受給権者の数})}$ = 円 | | | | | |
| 6 遺族補償年金請求額 | 受給権者が1人の場合また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) (受給権者の数) 円 × = 円 | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|-----------|--|--------------|----------|--|---|
| 7 厚生年金保険法等の適用関係 | | <input type="checkbox"/> _____の被保険者であった。 <input type="checkbox"/> 被保険者ではなかった。 | | | | |
| 8 送金希望の場合 | 口座振替 | 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 | | *決定年額 | <input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合 | 円 |
| | | 口座番号 | | | | |
| | 預 金 者 名 義 | | *通 知 | 年 月 日 | | |
| | 送 金 小 切 手 | 受取先金融機関名 | 銀行 支店 | *年金証書の番号 | 第 号 | |
| そ の 他 | | | *支 払 開 始 年 月 | 年 月 | | |

[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 請求者およ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。
- 3 「4 既に遺族補償年金を受けている者」の欄には「3 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。
- 4 「7 厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、死亡職員または請求者が条例附則第8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およ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8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、速やかにその旨を書類で報告すること。
- 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、当該職員の死亡について遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)、(3)および(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およびその死亡が公務または通勤により生じたものであることを証明する書類またはその写し

- (2) 請求者およ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、本籍およ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
- (3) 請求者およ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および当該障害の状態が生じ、またはその事情がなくなったこと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。）また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、第三者の氏名および住所（第三者の氏名およ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

様式第11号 (第15条関係)

障害補償年金差額一時金請求書

| | | | | |
|---|--|---------------|----------------|--|
| (実施機関の職氏名) -----様 下記の障害補償年金差額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 ----- 印 死亡した障害補償年金の受給権者との続柄または関係 ----- | | | |
| 1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項 | 所属名 | | 職名 | |
| | 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 | 死亡職員との続柄または関係 | 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(ア))(支給された年金および前払一時金の額の合計) | | | |
| $\left\{ \text{円} \times \quad - \quad \text{円} \right\} \times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \quad \text{円}$ | | | | |
| 3 障害補償年金差額一時金の請求金額 | 円 | | | |

| | | | | | |
|-----------|-------|---|-------|-------|-------|
| 4 送金希望の場合 | 振込み | 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 | | *決定金額 | 円 |
| | | 口座番号 | | | |
| | | 預金名義者 | | *通知 | 年 月 日 |
| | 送金小切手 | 受取先金融機関名 | 銀行 支店 | *支払 | 年 月 日 |
| | その他 | | | | |

〔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 「1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項」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「(乗すべき数)」の項には、障害等級に応ずる条例附則第3条第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 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またはその写し
 - (2) 請求者と死亡した障害補償年金の受給権者との続柄または関係に関する市区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、祖父母およ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また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

様式第12号（第15条関係）

障害補償年金前払一時金請求書

| | | | |
|---|---|--|--|
| (実施機関の職氏名) -----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 ----- 印 氏 名 ----- | |
| 1 障害等級 | 第 級 | | |
| 2 既存障害とその程度 | | | |
| 3 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日 | 年 月 日 | | |
| 4 年金証書の番号 | 第 号 | | |
| 5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額 | 年 月分から 年 月分まで 円 | | |
| 6 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等 | <input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額 | (1) 限度額を選択した場合 (補償基礎額) (乗すべき数) 円 × = 円 | |
| | 補償基礎額の <input type="checkbox"/> 1,200倍 <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 に相当する額 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍 | (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 | | |

| | | | | | |
|-----------|-------|---|-------|-------|-------|
| 7 送金希望の場合 | 振込み | 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 | | *決定金額 | 円 |
| | | 口座番号 | | | |
| | | 預金名義者 | | *通知 | 年 月 日 |
| | 送金小切手 | 受取先金融機関名 | 銀行 支店 | *支払 | 年 月 日 |
| | その他 | | | | |

〔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。

様式第13号 (第15条関係)

遺族補償年金前払一時金請求書

| | | |
|---|---|---|
| (実施機関の職氏名) -----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-----印 死亡職員との続柄----- |
| 1 遺族補償 年金の支給決 定に関する通 知を受けた年 月日 | 年 月 日 | |
| 2 年金証書 の番号 | 第 号 | |
| 3 遺族補償 年金前払一時 金の申出を行 った月までの 期間に係る 遺族補償年金 の額の合計額 | 年 月分から 年 月分まで 円 | |
| 4 代表者の 選任等 | <input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合また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(代 表者)が選択 する遺族補償 年金前払一時 金請求金額の 計算等 | 補償基 礎額の <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍 に相当 する額 | (1) 請求額 (補償基礎額) 円 × 倍 × $\frac{1}{(\text{受給権者の数})}$ = 円 |
| | | (2) 請求額の合計額 ((1)の請求額) × (受給権者の数) 円 × = 円 |

| | | | | | |
|------------------|--------------|---|-------|----------|-------|
| 6 送金希望の 場合 | 振込み | 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 | | *決 定 金 額 | 円 |
| | | 口座番号 | | | |
| | | 預金名義 者 | | *通 知 | 年 月 日 |
| | 送 金 小 切 手 | 受取先金 融機関名 | 銀行 支店 | *支 払 | 年 月 日 |
| | その他 | | | | |

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 「3 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額」の欄には、遺族補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。
- 3 「4 代表者の選任等」の欄には、該当する□にレ印を記入すること。
- 4 「5 請求者(代表者)が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算等」の欄については、請求者(代表者)が選択する□にレ印を記入すること。
- 5 この請求書には、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、その旨を証明する書類、また、代表者を選任しないときは、その旨を記載した書類を添付すること。

様式第14号 (第15条関係)

遺族補償一時金請求書

| | | | | |
|---|------------------|---|---------------|--|
| (実施機関の職氏名) -----様 下記の遺族補償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 死亡職員との続柄または関係 ----- | | |
| 1 死亡職員に関する事項 | 所属部局名 | | 職名 | |
| | 氏名 | | | |
| | 年 月 日生(歳) | | | |
| | 負傷または発病の年月日 | 年 月 日 | 死亡年月日 年 月 日 | |
| 2 遺族補償一時金請求額の計算 | 受給権者の氏名 | 生年月日 | 死亡職員との続柄または関係 | $\left(\begin{array}{c} \text{補償} \\ \text{基礎額} \end{array} \right) \left(\begin{array}{c} \text{支給} \\ \text{率} \end{array} \right) \left(\begin{array}{c} \text{支給された} \\ \text{年金額} \\ \text{の総計} \end{array} \right)$ $\left(\quad \quad \quad \text{円} \times 400 \times \frac{\quad}{(100)} - \quad \quad \quad \text{円} \right)$ $\times \frac{1}{\quad} = \quad \quad \quad \text{円}$ (受給権者の数) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 遺族補償年金が支給されていた場合 | 年金の受給権者であった者の氏名 | 年金証書の番号 | 支給された年金額の合計 |
| | | | 第 号 | 円 |
| | | | 第 号 | 円 |
| | | | 第 号 | 円 |
| | 総 | | 計 | 円 |
| 3 遺族補償一時金請求額 | | 円 | | |

| | | | | | |
|--------------|-------|---|-------|-------|-------|
| 4 送金希望の場合 | 口座振替 | 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 | | *決定金額 | 円 |
| | | 口座番号 | | | |
| | | 預金名義者 | | *通知 | 年 月 日 |
| | 送金小切手 | 受取先金融機関名 | 銀行 支店 | *支払 | 年 月 日 |
| | その他 | | | | |

〔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 遺族補償一時金請求額の計算」の欄の「受給権者の氏名」の項には、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」の項には、この請求書の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場合にのみ記入すること。また、「(支給率)」の項には、条例附則第6条各号に掲げる支給率のうち、請求者の該当するものを記入すること。
- 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遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)および(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およ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またはその写し
 - (2) 請求者の氏名、本籍および死亡職員との続柄または関係に関する市区町村長の発行する証明書（戸籍の謄本または抄本でもよい。）
 - (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) 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) 請求者が死亡職員の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹であるときは、職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
 - (6) 請求者が配偶者、死亡職員の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹以外の者で、主として死亡職員の収入によって生計を維持していた者であるときは、職員の死亡の当時主としてその収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
 - (7) 請求者が、死亡職員の遺言また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、第三者の氏名および住所（第三者の氏名および住所がわからないときは、その旨）を記載した書類

様式第15号（第15条関係）

葬 祭 補 償 請 求 書

| | | | |
|--|----------------------------------|---|-----|
| (実施機関の職氏名) -----様 下記の葬祭補償を請求します。 | | 請求年月日 年 月 日 | |
| | | 請求者の住所 ----- ふりがな ----- 氏 名 ----- 印 死亡職員との 続柄または関係----- | |
| 1 死亡 職に 関する 事項 | 所属名 | | 職 名 |
| | 氏 名 ----- 年 月 日生(歳) | | |
| | 負傷または 発病の年月日 年 月 日 | 死 亡 年 月 日 | |
| 2 葬祭 補償 請求 金額 の 算 | (A) (補償基礎額) 315,000円+ 円×30= 円 | | |
| | (B) (補償基礎額) 円×60= 円 | | |
| | (C) (A)、(B)のうち高い金額 □(A) □(B) | | |
| 3 葬祭補償請求金額 | | | 円 |

| | | | | | |
|-----------|-------|---|-------|-------|-------|
| 4 送金希望の場合 | 口座振替 | 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 | | *決定金額 | 円 |
| | | 口座番号 | | | |
| | | 預 金 者 名 義 者 | | *通 知 | 年 月 日 |
| | 送金小切手 | 受取先金融機関名 | 銀行 支店 | *支 払 | 年 月 日 |
| | その他 | | | | |

[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。

様式第16号（第15条関係）

未支給の補償請求書

| | | |
|---|---|-----------------------|
| (実施機関の職氏名) -----様 下記の未支給の補償の支給を請求します。 | 請求年月日 年 月 日 | |
| | 請求者の住所----- ふりがな 氏 名-----印 死亡した受給 権者との続柄----- | |
| 1 死亡した受給権者 | 氏 名 | |
| | 死亡年月日 | 年 月 日 |
| 2 未支給の補償 | 種 類 | 年金たる補償のときは年金証書の番号 第 号 |
| | 請求金額 | 円 |

| | | | | | |
|-----------|-------|---|-------|-------|-------|
| 3 送金希望の場合 | 口座替 | 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 | | *決定金額 | 円 |
| | | 口座番号 | | | |
| | | 預 金 者 名 義 者 | | *通 知 | 年 月 日 |
| | 送金小切手 | 受取先金融機関名 | 銀行 支店 | *支 払 | 年 月 日 |
| | その他 | | | | |

[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 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、請求者が、未支給の補償とあわせて、遺族補償または葬祭補償を請求する場合には、当該遺族補償または葬祭補償を請求するために提出すべき書類と同じ書類については、添付する必要

はないこと。

- (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またはその写し
- (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
 - ア 請求者の氏名、本籍および死亡受給権者との続柄に関する市区町村長の発行する証明書（戸籍の謄本または抄本でもよい。）
 - イ 請求者が受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
 - ウ 請求者が婚姻の届出をしていないが、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
- (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、その請求を行うこととした場合に必要な書類

様式第17号（第18条関係）

遺族補償年金支給停止申請書

| | | | | |
|--|---|-----|-----|---------|
| (実施機関の職氏名) -----様 下記の所在不明者にかか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 住 所----- ふりがな 氏 名-----印 -----年 月 日生(歳) 所在不明者との続柄----- | | | |
| 1 所在不明者 | 年金証書の番号-----第-----号 氏 名----- 最後の住所----- 所在不明となつた年月日-----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 | |

| | | | |
|-------|----------|------|-------|
| *受 理 | 年 月 日 | *通 知 | 年 月 日 |
| *決定内容 | 年 月分から停止 | | |

[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にのみ記入すること。
- 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「年金証書の番号」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18号（第18条関係）

遺族補償年金支給停止解除申請書

| | |
|---|--|
| (実施機関の職氏名) -----様 下記のとおり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 住 所----- ふりがな-----印 氏 名----- -----年 月 日生(歳) |
| 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 月分から解除 | | |

[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19号（第19条関係）

第 _____ 号

地方公務員災害補償

年 金 証 書

受給権者の氏名_____

_____年 月 日生

補償の種類_____

支給開始年月
_____年 月

草津栗東行政事務組合議会の議員その他非常勤の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。

(実施機関の職氏名)

印

[注 意 事 項]

- 1 この証書は、草津栗東行政事務組合議会の議員その他非常勤の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、障害補償年金また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月および12月に、それぞれの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、詳細は実施機関にお問合せください。
- 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実施機関に届け出てください。
 - (1) 氏名また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、旧厚生年金保険法も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もしくはその支給を受けられなくなった場合または厚生年金保険法も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
 - (6) 遺族補償年金で受給権者が妻1人だけの場合において、その妻が55歳に達したとき（条例別表第2の障害等級表の第7級以上の障害の状態にあるときを除く。）。
 - (7) 遺族補償年金で受給権者が妻1人だけの場合において、その妻が条例別表第2の障害等級表の第7級以上の障害の状態になり、またはその状態でなくなったとき（55歳以上であるときを除く。）。
- 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 年金受給権者（遺族補償年金の場合にあっては被災職員の妻であった者に限る。）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 この請求書を亡失したり、著しく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。
- 7 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また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は、
- (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の障害等級表の第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。）をした場合
 - ウ 直系血族また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、孫また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2の障害等級表の第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の障害等級表の第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 実施機関または公務災害補償等審査会から報告または出頭等を求められたとき、その報告をせず、もしくは虚偽の報告をし、文書その他の物件を提出せず、出頭せずまたは医師の診断を拒んだ者は、条例第31条の規定により、10万円以下の罰金に処せられます。

障害の現状報告書（傷病補償年金）

| | | | | | |
|---|------------------------|-------|---------------|--------|-----------------|
| <p>(実施機関の職氏名)</p> <p>-----様</p> <p>下記のとおり障害の現状を報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">報告者の住所-----</p> <p style="text-align: right;">ふりがな 氏 名-----印</p> | | | | | |
| 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 公的年金の 受給関係の | 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 | 支給開始年月 | 所轄年金事務 所 名 等 |
| | | 円 | 第 号 | 年 月 | |
| | | 円 | 第 号 | 年 月 | |
| * <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責) | | | | | |

[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。

* 7 医師の証明

(1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）

(2) 傷病の経過および治療方法の概要

(3) 傷病および障害の現状

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入してください。

（日常生活の状態）

- | | | | |
|--------|---|----|----|
| ① 行動能力 | <input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動ができる <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 | | |
| 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"/> 隨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) 傷病及び障害の今後の見込み

（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

医療機関の { 所在地
 } 名 称
 } 医師の氏名

印

様式第21号（第22条関係）

障害の現状報告書（障害補償年金）

| | | | | | |
|---|------------------------|-------|---------------|--------|-----------------|
| <p>(実施機関の職氏名)</p> <p>-----様</p> <p>下記のとおり障害の現状を報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">報告者の住所-----</p> <p style="text-align: right;">ふりがな</p> <p style="text-align: right;">氏 名-----印</p> | | | | | |
| 1 年金証書の番号 | 第 号 | | | | |
| 2 治ゆ年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 3 傷害等級 | 第 級 | | | | |
| 4 障害の状況 | | | | | |
| 5 日常生活の概要 | | | | | |
| 6 公的年金の 受給関係の | 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 | 支給開始年月 | 所轄年金事務 所 名 等 |
| | | 円 | 第 号 | 年 月 | |
| | | 円 | 第 号 | 年 月 | |
| * <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責) | | | | | |

[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。

※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

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入してください。

(日常生活の状態)

- | | | |
|--------|---|------|
| 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

(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

医療機関の { 所在地
 { 名称
 { 医師の氏名

印

様式第22号 (第22条関係)

遺族の現状報告書

| | | | | | |
|---|----------------|---------------|-----------|--|-------------|
| (実施機関の職氏名) -----様 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 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 受給権者およ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 | 障害の有無 |
| | | | | | 有・無 |
| | | | | | 有・無 |
| | | | | | 有・無 |
| | | | | | 有・無 |
| | | | | | 有・無 |
| | | | | | 有・無 |
| 3 公的年金の受給関係 | 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 | 支給開始年 月 | 所轄年金事務所 名 等 |
| | | 円 | 第 号 | 年 月 | |
| | | 円 | 第 号 | 年 月 | |
| * <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 | | | | (<input type="checkbox"/> 免責 <input type="checkbox"/> 条例附則第5条の一時金 <input type="checkbox"/> 所在不明) | |

〔注意事項〕

- 1 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、受給権者が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。
- 2 報告者は、*印の欄には記入しないこと。
- 3 「障害の有無」の項には、該当する箇所を○で囲むこと。
- 4 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。
 - (1) 受給権者およ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また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
 - (2) 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
 - (3) 受給権者およ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

様式第23号(第33条関係)

災 害 補 償 記 録 簿

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------|---|-------|-----------|----------------------------|---|--------|---|---|---|---|---|---------------------------------|
| 通知年月日 | | 年 月 日 | | 災害発生の日時 | 年 月 日(曜) 午前・午後 時 分 ごろ | | 障害補償 | <input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償一時金 | | | | | |
| 被災職員に関する事項 | ふりがな氏名 | □ 男 □ 女 | | | 災害発生場所 | <input type="checkbox"/> 施設外 <input type="checkbox"/> 施設内 { <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 | | 遺族補償 | 第 級 号 | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日生(歳) | | | | 事故の態様 | | | <input type="checkbox"/> 事故 { <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 | | <input type="checkbox"/> 準用 <input type="checkbox"/> 併合繰上げ <input type="checkbox"/> 加重 <input type="checkbox"/> 年金額 円 <input type="checkbox"/> 一時金額 円 | | |
| | 住所 | | | | | | | | 年 月 日 支給決定 支 払 | | | | |
| | 所属名 | | | | | | | | 災害発生時の従事職務認定理由等 | <input type="checkbox"/> 遺族補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金 | | | |
| | 職名 | | | | | | | | | 傷病名・傷病の部位および程度 | | <input type="checkbox"/> 年金額 円 <input type="checkbox"/> 条例附則第5条の一時金額 円 (年金支給停止期間 年 月 から 年 月 まで) | |
| | 退職年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | 傷病等級該当年月日 | <input type="checkbox"/> 一時金額 円 |
| 第三者加害行為 | | <input type="checkbox"/> 同僚加害 <input type="checkbox"/> 同僚加害以外 <input type="checkbox"/> 自動車事故 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 免責 <input type="checkbox"/> 求償 <input type="checkbox"/> 一部補償 | | | 遺族補償 | | | 年 月 日 支給決定 支 払 | | | | | |
| 補償基礎額・年金補償基礎額 | | 補償基礎額 円 年 月 日 決定 年金補償基礎額 円 年 月 日 決定 | | | | 治癒年月日 | | 年 月 日 | | | | | |
| 故意の犯罪行為等による制限の有無および制限期間 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 休業補償 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償 | | | | | | 死亡年月日 | | | 年 月 日 | | |
| 条例附則第8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 | | | 支給開始年月 | | 所轄社会保険事務所等 | | 葬祭補償 | | 金額 円 |
| 備考 | | | 円 | 第 号 | | | 年 月 | | | 年 月 日 支 払 | | | |
| | | | 円 | 第 号 | | | 年 月 | | | 葬祭を行った者の氏名および死亡職員との続柄 | | | |

災害補償記録簿 { (裏)
2号紙(表)
2号紙(裏)

| 療 養 補 償 | | | | 休 業 補 償 | | | | | 介 護 補 償 | | | | | |
|---------|------|------|------|---------|------|------|-------|------|---------|-------|--------|---------|------|----|
| 支払年月日 | 診療期間 | 診療日数 | 支払金額 | 支払年月日 | 診療期間 | 休業日数 | 補償基礎額 | 支払金額 | 備考 | 支払年月日 | 支給に係る月 | 常時・随時の別 | 支払金額 | 備考 |
| 年 月 日 | 自 至 | 日 | 円 | 年 月 日 | 自 至 | 日 | 円 | 円 | | 年 月 日 | 自 至 | | 円 | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| . . . | | | | . . . | | | | | | . . . | | | | |
| 累 計 | | | | 累 計 | | | | | | 累 計 | | | | |

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 | 氏 名 | | | 加 害 者 等 | 住 所 | | 示 談 |
| | 所 属 部局名 | | | | 氏 名 | | |
| | 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 | | | 住 所 | | |
| 加 害 の 状 況 | | | 氏 名 | | | | |
| | | | 住 所 | | | | |
| | | | 氏 名 | | | | |
| | | | | 交 渉 状 況 等 | | | |
| | | | | | | | |
| 過失割合 | | (被) : (加) | | | | | |
| 自賠償 保険等 | 加害者 | 契約先 | | 備 考 | | | |
| | | 証明書番号 号 | | | | | |
| | 被害者 | 契約先 | | | | | |
| | | 証明書番号 号 | | | | | |

| 災害発生年度 | | 年度 | 職名 | 福 祉 事 業 記 録 簿 | | | |
|---------------|---------|----|----------|--|-----------|-------|---|
| 申請者の氏名等 | 年 月 日生 | | 被災職員との続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 遺族 | 治癒年月日 | 年 月 日 | 障害補償(第 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当級) |
| 申請者の住所 | | | | 申請者が遺族の場合被災職員の死亡年月日 | 年 月 日 | | |
| 種 類 | 実 施 内 容 | | | 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 | | | | | | | |
| 休 養 | | | | | | | |
| アフターケア | | | | | | | |
| 休業援護金 | | | | | | | |
| 在宅介護を行う介護人の派遣 | | | | | | | |
| 介護用機器 | | | | | | | |
| 在宅介護のための住宅 | | | | | | | |
| 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 | | | | |
| 身 体 障 害 者 用 自 動 車 | | | | |
| 振 込 先 金 融 機 関 名 | 銀行 支店 | | | |
| 口 座 番 号 | | | | |

福祉事業記録簿 { 2号紙(表)
2号紙(裏)
(裏)

| 支 払 年 月 日 | 種 類 | 支 払 金 額 | 備 考 | 支 払 年 月 日 | 種 類 | 支 払 金 額 | 備 考 |
|-----------|-----|---------|-----|-----------|-----|---------|-----|
| 年 月 日 | | 円 | | 年 月 日 | | 円 | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | ・ | | | |
| ・ | | | | 累 計 | | | |

様式第24号(第33条関係)

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 号 | | 受給権者の住所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病等級 | | 第 級(年 月 日決定) | | | | 傷病の名称、部位およびその状態 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 第 級(年 月 日決定) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 第 級(年 月 日決定) | | | | 故意の犯罪行為等による制限の有無および制限期間 | | <input type="checkbox"/> 有 年 月 日から <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | |
| 支給開始年月 | | 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 条例附則第8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 | | 支給開始年月 | | 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12条による年金額 | | 条例附則第8条による調整または条例第14条による制限後の年金額 | | 傷病補償年金の年額 | | 補償 基礎額 | | 年金 補償 基礎額 | | 条例第12条による年金額 | | 条例附則第8条による調整または条例第14条による制限後の年金額 | |
| | 年 月から | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 年 月から | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| | 年 月から | | | | | | | | | | 年 月から | | | | | | | | | |
| | 年 月から | | | | | | | | | | 年 月から | | | | | | | | | |
| | 年 月から | | | | | | | | | | 年 月から | | | | | | | | | |
| 振込先金融機関名 | | | 銀行 支店 | | | 備 考 | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

傷病補償年金記録簿 { (裏)
2号紙(表)
2号紙(裏)

| 支給に係る月 | 年齢 | 支払年月日 | 支払金額 | 備考 | 支給に係る月 | 年齢 | 支払年月日 | 支払金額 | 備考 |
|--------------|----|----------------|------|----|--------------|----|----------------|------|----|
| 年 月～ 年 月分 | 歳 | 年 月 日 ・ ・ | 円 | | 年 月～ 年 月分 | 歳 | 年 月 日 ・ ・ | 円 | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | 累 計 | | | | |

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 号 | 受給権者の住所 | | | | | | | | |
| 障 害 等 級 | 第 級(年 月 日決定) | 障害の部位およびその程度 | | | | | | | | | |
| | 第 級(年 月 日決定) | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | |
| 支給開始年月 | 年 月 | | | | | | | | | | |
| 条例附則第8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 | 支給開始年月 | 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13条 による 年金額 | 条 例 附 則 第 8 条 による 調整 また は 条 例 第 14 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 13 条 による 年 金 額 | 条 例 附 則 第 8 条 による 調整 また は 条 例 第 14 条 による 制限 後 の 年 金 額 |
| | 年 月 から | 円 | 円 | 円 | 円 | 障 害 補 償 年 金 の 年 額 | 年 月 から | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 から | | | | | 障 害 補 償 年 金 の 年 額 | 年 月 から | | | | |
| | 年 月 から | | | | | 障 害 補 償 年 金 の 年 額 | 年 月 から | | | | |
| | 年 月 から | | | | | 障 害 補 償 年 金 の 年 額 | 年 月 から | | | | |
| 振込先金融機関名 | | 銀行 支店 | | 備 考 | | | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | | | | | | |

障害補償年金記録簿 { (裏)
2号紙(表)
2号紙(裏)

| 支給に係る月 | 年齢 | 支払年月日 | 支払金額 | 備考 | 支給に係る月 | 年齢 | 支払年月日 | 支払金額 | 備考 |
|--------------|----|--------------|------|----|--------------|----|--------------|------|----|
| 年 月～ 年 月分 | 歳 | 年 月 日 ・ ・ | 円 | | 年 月～ 年 月分 | 歳 | 年 月 日 ・ ・ | 円 | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | 累 計 | | | | |

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 | 受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 | | 第 号 | | | | | | |
| | | | ----- | | ・ | | 第 号 | | | | | | |
| | | | ----- | | ・ | | 第 号 | | | | | | |
| | | | ----- | | ・ | | 第 号 | | | | | | |
| | | | ----- | | ・ | | 第 号 | | | | | | |
| 条例附則第8条による調整関係 | 年金の種類 | | 年金の年額 | 年金証書の記号 | | 支給開始年月 | 所轄年金事務所名等 | | 備 考 | | | | |
| | | | 円 | 第 号 | | 年 月 | | | | | | | |
| | | | 円 | 第 号 | | 年 月 | | | | | | | |
| 遺族補償年金の年額 | 支給年月 | | 補償年金基礎額 | 乗ずべき数 | 条例第17条による年金額 | 条例附則第8条による調整後の年金額 | 遺族補償年金の年額 | 支給年月 | | 補償年金基礎額 | 乗ずべき数 | 条例第17条による年金額 | 条例附則第8条による調整後の年金額 |
| | 年 月から | | 円 | | 円 | 円 | | 年 月から | 円 | | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月から | | | | | | | 年 月から | | | | | |
| | 年 月から | | | | | | | 年 月から | | | | | |
| | 年 月から | | | | | | | 年 月から | | | | | |
| | 年 月から | | | | | | | 年 月から | | | | | |
| 振込先金融機関名 | | 銀行 支店 | | 備 考 | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | | | | | | | | |

遺族補償年金記録簿 { (裏)
2号紙(表)
2号紙(裏)

| 支給に係る月 | 年齢 | 支払年月日 | 支払金額 | 備考 | 支給に係る月 | 年齢 | 支払年月日 | 支払金額 | 備考 |
|--------------|----|----------------|------|----|--------------|----|----------------|------|----|
| 年 月～ 年 月分 | 歳 | 年 月 日 ・ ・ | 円 | | 年 月～ 年 月分 | 歳 | 年 月 日 ・ ・ | 円 | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | | | ・ ・ | | |
| | | ・ ・ | | | 累 計 | | | | |