

様式第49号 (第1次改正・一部、第10次改正・一部、第39次改正・一部)

傷病特別支給金 申請書
傷病特別給付金

		認定 番号	
地方公務員災害補償基金.....支部長 殿		申請年月日 年 月 日	
下記の (傷病特別支給金) (傷病特別給付金) の支給を申請します。		申請者の住所	
		ふりがな 氏 名 印	
1 被災職員に関する事項	所属団体名	所属部局名	
	氏 名 年 月 日生 (歳)	職 名	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
2	傷 病 等 級	第	級 号
3	傷病特別支給金申請金額	円	
4	傷病特別給付金 申請金額の計算	(平均給与額) (日数) (特殊公務災害及び国際緊急 援助活動特例災害の場合) (1+割増率) (A) { 円 × $\times \left(1 + \frac{\quad}{100}\right)$ } × $\frac{20}{100}$ = 円	
		(日数) (B) 1,500,000円 × $\frac{\quad}{365}$ = 円	
		(平均給与額) (傷病補償年金の金額) (C) (円 × 365 × $\frac{80}{100}$) - 円 = 円	
5	傷病特別給付金申請金額	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	平成 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		* 傷 病 等 級	第 級 号	
		口 座 番 号		* 決 定 金 額	規程第29条 の12の制限	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		預金名義者			特別支給金	円
	送金小切手	受取先金融 機 関 名	銀 行 支 店		特別給付金	円
	そ の 他				* 通 知	平成 年 月 日
					* 特 別 給 付 金 払 支	平成 年 月 日
			* 特 別 給 付 金 支 給 開 始 年	平成 年 月		

[注意事項]

- 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。
- 「4 傷病特別給付金申請金額の計算」の欄の「割増率」は、傷病等級第1級の場合は $\frac{40}{100}$ 、第2級の場合は $\frac{45}{100}$ 、第3級の場合は $\frac{50}{100}$ であること。なお、令第1条職員の場合のこの欄の記入については、別に定めるところによる。
- 「5 傷病特別給付金申請金額」の欄には、「4 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。
- 「申請者の氏名」の項は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。