

公務災害認定請求書

		*認定 番号	
		請求年月日	年 月 日
地方公務員災害補償基金静岡県支部長 殿  下記の災害については、公務により生じたものであることの認定を請求します。		(〒 - ) 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	所属団体名	所属部局・課・係名（電話 ）	
	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号	第	号
	ふりがな 氏 名	年 月 日生（	□男 □女 歳）
	職 名	□常 勤 □令第1条職員	
	災害発生の日時	年 月 日（曜日）午	前後 時 分ごろ
	災害発生の場所		
	傷 病 名		
	傷病の部位及びその程度		

* 受 理 (到達した年月日)	所属部局	任命権者	基金支部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
* 通 知	年 月 日	* 認 定	年 月 日 □公務上 □公務外

[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 「職名」の欄には、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 3 「2 災害発生の状況」又は「\*5任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、本欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。
- 4 「\*3所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、地方公務員災害補償基金に相談すること。

2 災 害 発 生 の 状 況	
* 3 所長の証明 所属部局の	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 所属部局の { 所在地 名          称 長の職・氏名
4 添付する資料名	<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"/> 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"/> その他
* 5 任命権者の意見	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> </div> 年          月          日 任命権者の職・氏名

- 5 「\*5 任命権者の意見」の欄中□には、下記の9種類の区分番号を記入すること。
  - 1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員
  - 5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員
- 6 「\*5 任命権者の意見」の欄中 □□□には、下記の16種類の区分番号を記入すること。
  - 01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師、助産師 04 その他の医療技術者 05 保育士・寄宿舍  
指導員等 06 船員 07 土木技師・農林水産技師・建築技師 08 調理員 09 運転士・車掌等
  - 10 義務教育学校教員 11 義務教育学校以外の教員 12 その他の教育公務員 13 警察官
  - 14 消防吏員 15 清掃職員 16 その他の職員
- 7 年月日の記載には元号を用いる。