



2 災 害 発 生 の 状 況											
*3 所 長 の 証 明 の 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 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 2em;">}</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>名称</td> </tr> <tr> <td>長の職・氏名</td> </tr> </table> <span style="float: right;">印</span>	}	所在地	名称	長の職・氏名						
}	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	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">任命権者の職・氏名 <span style="float: right;">印</span></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- 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・児童自立  
 支援専門員・寄宿舎指導員等 06 船員 07 タイピスト・キーパンチャー 08 電話交換手 09 調理員  
 10 道路補修員 11 特別支援学校教員 12 特別支援学校教員以外の教育公務員 13 警察官 14 消防  
 吏員 15 清掃業務員 16 その他の職員
- 7 「請求者の氏名」の欄は、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。