

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

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 殿 下記の休業補償（休業援護金）を請求(申請)します。		請求(申請)年月日 平成 年 月 日 請求(申請)者の住所 ふりがな 氏 名 <span style="float:right">㊟</span> 個人番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 被災職 員に関 する事 項	所属団体名 氏名 年 月 日生 ( 歳)	所属部局名 職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 負傷又は 発病の年月日 平成 年 月 日
	2 請求日 数等	平成 年 月 日から平成 年 月 日までのうち <input type="text"/> 日
* 3 所属部 局の長 の証明	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。 平成 年 月 日 所属部局の { 所在地 名称 長の職・氏名 <span style="float:right">印</span>	
4 休 業 補 償	(平均給与額) (療養に要した時間) (療養年月日) $\square \times 60/100 \times \square \div 7.75 = \square$ 円 ( 年 月 日)	
	(平均給与額) (療養に要した時間) (療養年月日) $\square \times 60/100 \times \square \div 7.75 = \square$ 円 ( 年 月 日)	
	(平均給与額) (療養に要した時間) (療養年月日) $\square \times 60/100 \times \square \div 7.75 = \square$ 円 ( 年 月 日)	
	請求金額 <span style="float:right">円</span>	
5 休 業 援 護 金	(平均給与額) (療養に要した時間) (療養年月日) $\square \times 20/100 \times \square \div 7.75 = \square$ 円 ( 年 月 日)	
	(平均給与額) (療養に要した時間) (療養年月日) $\square \times 20/100 \times \square \div 7.75 = \square$ 円 ( 年 月 日)	
	(平均給与額) (療養に要した時間) (療養年月日) $\square \times 20/100 \times \square \div 7.75 = \square$ 円 ( 年 月 日)	
	申請金額 <span style="float:right">円</span>	
6 他法年金の 受給関係	<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。	
* 7 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 なかったと認められる日数 平成 年 月 日から _____ のうち 日 平成 年 月 日まで	現在の状態 平成 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。 平成 年 月 日 医療機関の { 所在地 名称 医師の氏名 <span style="float:right">㊟</span>	

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	平成 年 月 日
				* 決 定 金 額	休 業 補 償	法第30条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
		<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金		休 業 援 護 金	円	
		<input type="checkbox"/> 座 番 号			合 計	円	
	送 金 小 切 手	受 取 先 金 融 機 関 名	銀行	支店	* 通	知	平成 年 月 日
	その他				* 支	払	平成 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。
- この請求（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。
- 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。ただし、第2回以後の請求において個人番号に変更のない場合には、記入する必要はないこと。
- 「2 請求日数等」の欄には、地方公務員災害補償法第28条ただし書及び地方公務員災害補償法施行規則第26条の3に該当する日がある場合は、当該日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時間を越える場合には、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 他法年金の受給関係」の欄には、請求する休業補償と同一の事由により令附則第3条の2第1項の表の上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、この請求書に係る補償の支給決定後に令附則第3条の2第1項の表の上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」の欄には、入院中の場合のように、既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、記入する必要はないこと。
- 「平均給与額算定書(2号紙)」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。ただし、第2回以後の請求において平均給与額に変更のない場合には、記入する必要はないこと。
- 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。
- 「請求（申請）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。