様式第13号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障　害　補　償　変　更　請　求　書 | | | | 認定番号 |  |
| 地方公務員災害補償基金長崎県支部長　殿  　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 | | | |
| 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  　化があった年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| ４　変更後の障害の  　部位及びその程度 | | （第　　　　　級） | | | | |
| ５　変更後  　の障害補  　償請求金  　額 | 年　金 | 特殊公務災害・国際緊急  　　　　　　　　　　　援助活動特例災害の場合  （平均給与額）　（日数(ア)）（１＋割増率）  円×　　　　　×（１＋ ）＝　　　 　　円  100 | | | | |
| 一時金 | 特殊公務災害・国際緊急  　〔船員の場合〕  援助活動特例災害の場合  （平均給与額）（日数(ア)）　　（平均給与額）（日数(イ)）  　　　　　　 150  円×　　 ×（　 ）＋（ 円×　）＝ 　 円  100 | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊変更後の障害等級 | 第 　　　　 級 | ＊通　　知 | | □変更　　　　□不変更  　　　　　年 　　月　　 日 |
| ＊決定金額 | □年金 　　 円  □一時金　　　　　　　円 | ＊支　　払  (一時金の場合) | | 年 　 月 　　日 |
| ＊ | 支給開始  年　　月 | 年　　 月 日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊ 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 |

〔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及びその程度」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。

40

３ 「５　変更後の障害補償請求金額」の欄の「割増率」は、障害等級第１級の場合は 、第２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　100

45　　　　　　　　　　 　50

級の場合は 、第３級以下の場合は であること。また、「(日数(ア))」の項には、

　 100　　　　　 100

障害等級に応ずる法第29条第３項又は第４項に定める日数を、「（日数(イ)）」の項には、障害等級に応ずる令第７条各号に掲げる日数を記入すること。

４　この請求書には、障害の程度に変更があった時期の決定及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。

５　年月日の記載には元号を用いる。