**様式第１号**

**公務災害認定請求書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  ＊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。 |  請求年月日　　　　　　　年　　月　　日 |
|  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 　　 　 □男　　□女 氏　　　　名 　　 　　年　　月　　日生 　（　　　　歳） |
|  職　　　名 　 □常　　　　勤 　 □令第１条職員 |
|  　 　 前 災害発生の日時　　　　　　年　　月　　日　（　　曜日）　午 　　　　時　　　分ごろ 　 　後 |
|  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。

５　年月日の記載には元号を用いる。

|  |  |
| --- | --- |
| ２災害発生の状況 |  |
|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ＊３ 所長 属の 部証 局明 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　 在 　地 所属部局の 名　　　 称 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長の職・氏名 　  |
|  ４　添付する資料名 |  　□診断書　□現認書又は事実証明書　□交通事故証明書　□第三者加害 　報告書　□時間外勤務命令簿の写　□出勤簿の写　□見取図　□経路図 　□関係規程　□定期健康診断記録簿の写　□既往歴報告書　□Ｘ線写真 　□写真　□示談書　□その他 |
|  ＊５ 任 命 権 者 の 意 見 |  |
|  |  |  |  |
|  　　　　　　　　　年　　　月　　　日 　　　　　任命権者の職・氏名　　　  |