

様式第49号 (第1次改正・一部、第10次改正・一部、第39次改正・一部、第50次改正・一部)

傷病特別支給金 申請書
傷病特別給付金

		認定 番号					
地方公務員災害補償基金.....支部長 殿			申請年月日 年 月 日				
下記の(傷病特別支給金) (傷病特別給付金)の支給を申請します。			申請者の住所				
			ふりがな				
			氏 名				
1 被災職員に関する事項	所属団体名		所属部局名				
	氏 名		職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤				
		年 月 日生 (歳)		<input type="checkbox"/> 令第1条職員			
2	傷 病 等 級	第	級	号			
3	傷病特別支給金申請金額		円				
4	傷病特別給付金 申請金額の計算	(平均給与額) (日数) (特殊公務災害及び国際緊急 援助活動特例災害の場合 (1+割増率))		$(A) \left\{ \text{円} \times \left(1 + \frac{\text{割増率}}{100} \right) \right\} \times \frac{20}{100} = \text{円}$			
		(日数)		$(B) 1,500,000 \text{円} \times \frac{\text{日数}}{365} = \text{円}$			
		(平均給与額) (傷病補償年金の金額)		$(C) \left(\text{円} \times 365 \times \frac{80}{100} \right) - \text{円} = \text{円}$			
5	傷病特別給付金申請金額		円				
6 送金希望の場合	振 込 み	振込先金融機関名	銀行	支店	*傷病等級	第 級 号	
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金				*決定金額	規程第29条の12の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		口座番号			特別支給金	円	
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行	支店	特別給付金	円	
	そ の 他			*通 知		年 月 日	
				*特別給付金 の 支 払		年 月 日	
		*特別給付金 支 給 開 始 年		年 月			
*受 理	所 属 部 局		任 命 権 者		基 金 支 部		
(到達した年月日)	年 月 日		年 月 日		年 月 日		

[注意事項]

- 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。
- 「4 傷病特別給付金申請金額の計算」の欄の「割増率」は、傷病等級第1級の場合は $\frac{40}{100}$ 、第2級の場合は $\frac{45}{100}$ 、第3級の場合は $\frac{50}{100}$ であること。なお、令第1条職員の場合のこの欄の記入については、別に定めるところによる。
- 「5 傷病特別給付金申請金額」の欄には、「4 傷病特別給付金申請金額の計算」の欄の(A)の金額((A)の金額が(B)の金額を超える場合には、(B)の金額)を記入すること。ただし、当該金額が(C)の金額に満たない場合には、(C)の金額を記入すること。
- 「申請者の氏名」の項は、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。
- 年月日の記載には元号を用いる。