

様式第49号

傷病特別支給金申請書
傷病特別給付金申請書

認定番号

地方公務員災害補償基金		申請年月日	年	月	日	
支部長 殿		申請者の住所				
下記の 傷病特別支給金 傷病特別給付金		フリガナ 氏名				
1 関被 す災 る職 事員 項に	所属団体名	職名	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員			
	所属部局名	フリガナ 氏名	年	月	日生(歳)	
2 傷病等級	第 級 第 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	特殊公務災害及び国際緊急 援助活動特例災害の場合					
	(A) $\left(\text{平均給与額} \times \text{日数} \times \left(1 + \frac{20}{100} \right) \right) \times \frac{20}{100} =$ 円					
	(B) $1,500,000 \text{ 円} \times \frac{365}{365} =$ 円					
	(C) $\left(\text{平均給与額} \times 365 \times \frac{80}{100} \right) -$ 円 =					
5 傷病特別給付金申請金額	円					
6 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号					
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 本支店等名 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 口座名義人 氏名(フリガナ)					
	<input type="checkbox"/> その他					
	* 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		
* 決定金額	規程第29条の12の制限 特 別 支 給 金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	* 傷 病 等 級 特 別 支 給 金 の 支 払	第 級 第 号	年 月 日	
	特 別 給 付 金	円	* 特 別 給 付 金 の 支 給 開 始 年 月	年 月 日	月	
* 通 知	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100分の40、第2級の場合は100分の45、第3級の場合は100分の50であること。なお、地方公務員災害補償法施行令(昭和42年政令第274号)第1条に規定する職員に係るこの欄の記入については、別に定めるところによること。
- 「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。
- 「6 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。