

様式第 1 号

公務災害認定請求書

		*認定 番号	所属へ提出した日	
地方公務員災害補償基金山梨県支部長 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 ○○ 00 年 00 月 00 日 (〒000 - 0000)	請求者の住所 甲府市○○町○○丁目○-○	
		ふりがな 氏 名	やまなし たろう 山梨 太郎	
		被災職員との続柄	本人	
1 被 災 職 員 に 関 す る 事 項	所属団体名 地方公共団体名（任命権者）	所属部局・課・係名（電話 000-0000） 部課係、事務所、学校、警察署など		
	共済組合員・健康保険組合員記号番号 ○○ 第 000000 号 記号の記入漏れ注意		災害発生日の年齢	
	ふりがな 氏 名	やまなし たろう 山梨 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	職 名 主任、課長、教諭、巡査、業務員など		<input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
	災害発生の日時 ○○ 00 年 00 月 00 日（○曜日）		前 午 00 時 00 分ごろ ⑥後	
	災害発生の場所 負傷した場所又は疾病が発症した場所（勤務場所以外の場合は番地まで記入する）			
	傷 病 名 診断書に記載された傷病名をすべて記入する 傷病の部位及びその程度 傷病の部位と程度（全治○○日など）を記入する		診断書の内容に合わせて 記入する。特に、傷病名 は診断書記載の傷病名と 一致させる	

*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 <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*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。
- 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は、**記入漏れ注意** 基金に相談すること。

共済組合員証（健康保険証）を使用	<input type="checkbox"/> した <input checked="" type="checkbox"/> しない
職場の公務災害担当者名 電話番号	氏名 ○○○○ tel 000-0000

	(記入例) 次の要領でできる限り具体的に記入してください。	
2 災 害 発 生 の 状 況	1 通常業務内容	普段は〇〇業務に従事しています。
	2 誰が	私は
	3 いつ	〇〇月〇〇日の〇時〇分頃
	4 どこで	〇〇市〇〇町〇〇番地の〇〇において
	5 何をするために	〇〇業務の〇〇をするため
	6 誰と	同僚の〇〇さんと
	7 何をしているとき	〇〇をしていたところ
	8 どのようにして	凍結した路面で右足を滑らせて、左足が入り口の段差でつまずいて 等
	9 どうなったので	路上で転倒した、両手がふさがっていたため倒れ前頭部を強打した 等
	10 負傷(した内容)	右足を捻って腰を打った、前額部から出血した 等
	11 その後どうしたか	同僚の〇〇さんに救急車を呼んでもらい、〇〇病院へ搬送された。
* 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。 〇〇 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 所属部局の名称 〇〇市〇〇課 長の職・氏名 課長 〇〇〇〇	
4 添付する資料名	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他	チェックも注意
* 5 任 命 権 者 の 意 見	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 80px; height: 40px; margin: 5px;"></div> </div> <p>調査した結果、本件は職務遂行中に負傷したものであり公務上の災害と認められます 等</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60px; text-align: center;">欄外5 により 記入</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60px; text-align: center;">欄外6 により 記入</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto; text-align: center;">任命権者が意見を付した 日を記入(所属長の証明 日と同日か後の日)</div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">〇〇 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">任命権者の職・氏名 市長、町長、消防長、教育長など 〇〇〇〇</p>	

- 5 「* 5 任命権者の意見」の欄中□には、下記の9種類の区分番号を記入すること。
 1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員
 5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員
 9 その他の職員
- 6 「* 5 任命権者の意見」の欄中 □□□□には、下記の16種類の区分番号を記入すること。
 01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師・助産師 04 その他の医療技術者
 05 保育士・寄宿舎指導員等 06 船員 07 土木技師・農林水産技師・建築技師
 08 調理員 09 運転士・車掌等 10 義務教育学校教員 11 義務教育学校以外の教員
 12 その他の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員 15 清掃職員 16 その他の職員
- 7 年月日の記載には元号を用いる。