

地方公務員災害補償
休業補償請求書
休業援護金申請書

請求回数 第 回
認定番号 —

地方公務員災害補償基金大阪市支部長 様		請求(申請)年月日 年 月 日	
下記の休業補償(休業援護金)を請求(申請)します。		請求(申請)者の住所	
		氏名 ㊞ 個人番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1	(所属団体名) 大阪市	(所属部局)	
被災職員に関する事項	ふりがな _____ (氏名)	(職種) <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	(負傷又は発病年月日) 年 月 日	
2	(請求日数) 年 月 日から 年 月 日までのうち 日		
3	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	休業補償請求金額 (平均給与額) $\frac{60}{100}$ (円未満切捨) (請求日数) 円 × 100 = 円 → 円 × = 円		
5	休業援護金請求金額 (平均給与額) $\frac{20}{100}$ (円未満切捨) (請求日数) 円 × 100 = 円 → 円 × = 円		
*6 医師の証明	(傷病名)	(現在の状態) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医	
	(請求日数のうち療養のため勤務することができなかったと認められる日数) 年 月 日から のうち 日 年 月 日まで	(勤務することができなかつたと認められる理由)	
	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 医療機関の { 所在地 _____ 名称 _____ 医師氏名 _____ ㊞		
7	添付する書類その他資料名		
8 送金希望の場合	振込先	銀行 支店	* 受理 年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通貯金 <input type="checkbox"/> 当座貯金	* 決定 年 月 日
	振込口座 口座番号		* 支払 年 月 日
	貯金名義者		* 決定金額 休業補償 円 休業援護金 円
(注意事項)			

- 請求(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。
- 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。ただし、第2回以後の請求において個人番号に変更のない場合には、記入する必要はないこと。
- 「*6 医師の証明」の欄は、入院中の場合のように、既に療養補償請求書等によって療養のため勤務できないことが明らかに認められるときには、この請求書において重ねて医師の証明を求める必要はないこと。
- 「平均給与額算定書」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
ただし、第2回以後の請求において平均給与額に変更のない場合には、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こと。