

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 | 請求年月日 | 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| 愛媛県 支部長 殿 | 請求者の住所 | (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇番地 |
| 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。 | フリガナ氏名 | エヒメ タロウ 愛媛 太郎 |
| | 被災職員との続柄 | 本人 |
| | <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償基金からの通知を電子データで受け取ることを希望する。 | |
| | メールアドレス | |

被災職員が認定請求を所属長に提出する日

メールアドレスは、通知を電子データで受け取ることを希望する場合のみご記入ください。

※希望される場合は必ず誤りないように記載し、所属においては注意事項のとおり、必ず被災職員にメールが届くことを確認してください。

災害発生日における年齢

施設内の場合は施設名も記入

| | | | | | |
|--|-----------------|--|-------------|---|---|
| 被災職員に関する事項 | 1 所属団体名 | 〇〇〇市 | フリガナ氏名 | エヒメ タロウ 愛媛 太郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 所属部局名 | 〇〇〇部 〇〇〇局 〇〇〇課 | 生年 | 平成 〇年 〇月 〇日生 (〇〇 歳) | |
| | 職名 | 作業員 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 | 共済 | <input type="checkbox"/> 地方職員共済 <input checked="" type="checkbox"/> 市町村職員共済 <input type="checkbox"/> 公立学校共済 <input type="checkbox"/> 警察共済 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 組合員証の使用状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用 〇〇医院：使用、〇〇病院：不使用、〇〇薬局：使用 | | | |
| | 災害発生日時 | 令和 〇年 〇〇月 〇〇日 (〇 曜日) | 午前 〇〇時 〇〇分頃 | <input checked="" type="checkbox"/> 午後 | |
| | 災害発生の場所 | 〇〇市〇〇町〇〇番地 | | | |
| | 傷病名 | 左膝創傷、右前腕部打撲傷 | | | |
| 傷病の部位及び療養期間 | 左下肢、右腕 2週間の通院加療 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 未治ゆ | (治ゆ日) 令和〇年〇〇月〇〇日 |
| ※ 療養期間...診断書に記載のもの (もしくは、医師に聞き取りのうえ記入) | | | | | |

| | | | |
|----------------|---|-------|-------|
| * 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 |
| * 認定 | 年 月 日 | * 通知 | 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外 | | |

〔注意事項〕

- 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、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 請求者は、地方公務員災害補償基金からの通知を電子データで受け取ることを希望する場合は、メールアドレスを記入すること。
- 「1 被災職員に関する事項」の欄の「職名」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。
- 「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、当該欄には「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。
- 「* 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、基金に相談すること。

| | | |
|--|---|---|
| 2 | ※いつ、どこで、何をしていた、どうして、どうなったか、及び、体のどこの部分をどのようにして負傷したかを記載。(HP上の記載例参照) | |
| | 私は、〇〇市〇〇局〇〇課に所属する清掃作業員です。通常、塵芥収集車による塵芥収集作業に従事しています。 | |
| | 令和〇〇年〇〇月〇〇日(〇曜日)も、通常通り出勤し、同僚である〇〇職員と塵芥収集車に乗り込み、〇〇市〇〇町の | |
| | 塵芥収集作業を行うため、〇〇時〇〇分に、〇〇市〇〇町の事務所を出発しました。指定されたルートのとおり塵芥収集 | |
| | 作業を行いながら、〇〇時〇〇分頃、〇〇市〇〇町の〇〇番地先のごみステーションに到着し、収集作業を行いました。 | |
| | 収集を終え、収集車の助手席に乗り込もうとしたところ、左足を砂利で滑らせ、路傍の水路(幅60cm×深さ100cm) | |
| | に転落しました。負傷した際の詳細は、足を滑らせた後、水路内で転倒するのを防ごうと右腕を道路側に伸ばし、右膝を | |
| | 起こし立膝の体勢で左足は折り曲げたまま水路の地面に着きました。左膝からは出血があり、右腕は水路の路面に打ち付 | |
| | けたため、少し痛みがありました。止血作業を行った後、上司に連絡を取り、最寄りであった〇〇市〇〇町△番地にある | |
| | 〇〇医院にて治療を受け、〇〇市〇〇町△番地にある〇〇薬局で薬を受け取りました。担当医師から、「左膝創傷、右前 | |
| 腕部打撲傷 2週間の通院加療を要する」との診断を受けました。また、受診日以降の治療は近医で行うよう指示があつ | | |
| たため、翌日の令和〇〇年〇〇月〇〇日(〇曜日)から〇〇市〇〇町△番地にある〇〇病院で通院加療し、令和〇〇年 | | |
| 〇〇月〇〇日に治ゆとなりました。 | | |
| *3 | 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。 | |
| 長所の属証明局の | 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 | 所属部局の { 名 称 〇〇市〇〇部〇〇局〇〇課 所 在 地 〇〇市〇〇町△△番地 長の職・氏名 所長 〇〇 〇〇 |
| | | |
| | | |
| 4 添付する資料名 | <input type="checkbox"/> 診断書 <input 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 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 | |
| *5 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">7</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">1</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">5</div> <p style="color: red; margin-left: 20px;">本件は調査の結果、職務遂行中に発生した災害と認められるので、公務上の災害と考えます。</p> <p style="color: red; margin-left: 20px;">※公務上・公務外に対する意見を必ず付記してください。</p> <p style="color: red; margin-left: 20px;">令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 ← 所属部局の長の証明日以降の日付</p> <p style="margin-left: 20px;">任命権者の職・氏名 〇〇市長 〇〇 〇〇</p> | |

1及び2に記入されたことを所属部局の長(被災職員の管理者である課長以上の職又はこれに相当する職にある者)がその事実を十分に調査し、証明する。

- 6 「*5 任命権者の意見」の欄の□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
- 7 「*5 任命権者の意見」の欄の□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
- 8 年月日の記載には元号を用いる。
- 9 請求者が基金からの通知を電子データで受け取ることを希望する場合は次欄を記入すること。(記入がない場合はメールによる送付を行いません。)
- | | | |
|---|------------|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 記載アドレスに誤りがないことを確認した | 確認者(所属・氏名) | ●●課 〇〇 〇〇 |
|---|------------|-----------|