

傷病特別支給金
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 大阪府支部長 様 下記の〔 傷病特別支給金 〕の支給を申請します。 〔 傷病特別給付金 〕		申請年月日	年 月 日
		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 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
年 月 日生 (歳)			
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) { 円 ×	× [1 + $\frac{\quad}{100}$]	× $\frac{20}{100}$ = 円
	(B) 1,500,000円 ×	$\frac{\quad}{365}$ (日数)	= 円
(C) [円 × 365 × $\frac{80}{100}$] -	(傷病補償年金の金額)	円 =	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 特別支給金 円 特別給付金 円
		口座番号			
	預金名義者				
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店	* 通 知	年 月 日
	その他			* 特別給付金 * 支 給 開 始 年 月	年 月 日 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。
- 年月日の記載には元号を用いる。