

障害補償年金前払一時金請求書

		認定 番号	
地方公務員災害補償基金 大阪府支部長 様 下記の障害補償年金前払一時金を請求しま す。		請求年月日	年 月 日
		請求者の住所	----- ----- ふりがな 氏 名
1 障 害 等 級	第 級		
2 既 存 障 害 と そ の 程 度			
3 障害補償年金の支給決定に 関する通知を受けた年月日	年 月 日		
4 年 金 証 書 の 番 号	第 号		
5 障害補償年金前払一時金の 申出を行った月までの期間 に係る障害補償年金の額の 合計額	年 月分から 年 月分まで		円
6 請求者が選択する障害補償 年金前払一時金の請求金額 の計算等	<input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金 の限度額	(1) 限度額を選択した場合 (平均給与額) (乗すべき数) 円 × = 円	
	<input type="checkbox"/> 1,200日分 <input type="checkbox"/> 1,000日分 平均給 <input type="checkbox"/> 800日分に相当 与額の <input type="checkbox"/> 600日分する額 <input type="checkbox"/> 400日分 <input type="checkbox"/> 200日分	(2) 限度額以外を選択した場合 (平均給与額) 円 × 日分 = 円	
	請 求 金 額		

7 送金希望の場合	振 込 手 続	振込先金融 機 関 名	銀行 支店	* 決定金額	円
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			
		口座番号			
	預金名義者		* 通 知	年 月 日	
	送金小切手	受取先金融 機 関 名	銀行 支店	* 支 払	年 月 日
	そ の 他				

* 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]

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 「2 既存障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 3 「5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額」の欄には、障害補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。
- 4 「6 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等」の欄については、請求者が選択する□にレ印を記入すること。
- 5 年月日の記載には元号を用いる。