様式第49号

　　　　　　　　　 傷病特別支給金

申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 傷病特別給付金 |  認定 番号 |  |
|  |  地方公務員災害補償基金　大阪府支部長　様 　　　　傷病特別支給金 下記の 　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 　　年　 　月 　　日生（　　 歳） |  職　　名　　　　　　　　□常　　　　勤□令第１条職員 |
|  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） 20 (A) 円×　　　　 × １＋ 　 × ＝　　　円 100 100 |
|  （日数） (B)　1,500,000円×　　　　　　 ＝　　　　　　　　　　 　　　 円 365 |
|  　　（平均給与額）　　　　　　（傷病補償年金の金額） 80 (C) 円×365× － 円＝　　 　円 100 |
|  ５　傷病特別給付金申請金額 |  円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ６送金希望の場合 |  振込み※公金受取口座利用もしくは任意口座指定にチェック | * 公金受取口座を利用する

個人番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| * 任意の口座を指定する

振込先金融機　関　名　　　銀行　　　　支店 |  ＊傷病等級 |  第　　　　 級 　　　　号 |
| □普通預金　　□当座預金 |
| ＊決定金額 |  規程第29条 の12の制限 |  　　□有　　□無 |
|  口座番号 |  |
|  預金名義者 |  |  特別支給金 |  円 |
|  送 金小切手 |  受取先金融 機　関　名 |  　 　 銀行　　 支店 |  特別給付金 |  円 |
|  ＊通　　　　知 |  　　　　　年　　月　　日 |
|  その他 |  |
| ＊ | 特別給付金の支払 |  　　　　　年　　月　　日 |
|  特別給付金 ＊支給開始 年　　　　月 |  　　　　　　　年　　　月 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 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 |

〔注意事項〕

１　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。

40

100

２　「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 、 第２級の場合は 、第３級の場合は 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。

50

100

45

100

３　「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。

４　年月日の記載には元号を用いる。