

様式第13号

障 害 補 償 変 更 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 下記のとおり障害補償の変更を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の 年金証書の番号 第 _____ 号 住 所 _____ 氏 名 _____ ふりがな _____	
1 現在受けている障害補償年金の障害等級	第 _____ 級		
2 現在受けている障害補償年金の支給が開始された年月	年 月		
3 障害の程度に変化があった年月日	年 月 日		
4 変更後の障害の部位及びその程度	(第 _____ 級)		
5 変更後の障害補償請求金額	年金	$\left[\begin{array}{l} \text{特殊公務災害・国際緊急} \\ \text{援助活動特例災害の場合} \end{array} \right]$ (平均給与額) (日数(ア)) (1 + 割増率) $\text{円} \times \quad \times (1 + \frac{\quad}{100}) = \quad \text{円}$	
	一時金	$\left[\begin{array}{l} \text{特殊公務災害・国際緊急} \\ \text{援助活動特例災害の場合} \end{array} \right] \text{ [船員の場合]}$ (平均給与額) (日数(ア)) (平均給与額) (日数(イ)) $\text{円} \times \quad \times (\frac{150}{100}) + (\text{円} \times \quad) = \quad \text{円}$	

* 変更後の障害等級	第 _____ 級	* 通 知	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更
	<input type="checkbox"/> 年金 円	* 支 払 (一時金の場合)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 一時金 円	* 支 給 開 始 年 月	年 月 日
* 決定金額			

* 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]

- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。
- 「4 変更後の障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が、添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 「5 変更後の障害補償請求金額」の欄の「割増率」は、障害等級第1級の場合は $\frac{40}{100}$ 、第2級の場合は $\frac{45}{100}$ 、第3級以下の場合は $\frac{50}{100}$ であること。また、「(日数(ア))」の項には、障害等級に応ずる法第29条第3項又は第4項に定める日数を、「(日数(イ))」の項には、障害等級に応ずる令第7条各号に掲げる日数を記入すること。
- この請求書には、障害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診断書とその他の資料を添付すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。