

障害の現状報告書（傷病補償年金）

	認定 番号			
地方公務員災害補償基金 大阪府支部長 様 障害の現状について下記のとおり報告します。 年 月 日 報告者の住所..... ..... ふりがな 氏 名.....				
1 年金証書の番号	第 号			
2 傷病補償年金の 支給開始年月	年 月			
3 傷病等級	第 級			
4 障害の状況				
5 日常生活の概要				
6 他法年金の受給関係				
年金の種類	年金の年額	年金証書の 記号番号	支給開始 年月	所轄年金 事務所等
* <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責)				

〔注意事項〕

- 1 この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。
- 2 報告者は、\*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。
- 3 「4 障害の状況」の欄には、最近1年間について記入すること。
- 4 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入すること。また、この間に、所属団体を退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。
- 5 「年金の種類」の欄には、受給権者が傷病補償年金と同一事由により受給する令附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付の名称を記入すること。
- 6 年月日の記載には元号を用いる。

\* 7 医 師 の 証 明

(1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病及び障害の現状

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入して下さい。

（日常生活の状態）

- |        |   |      |
|--------|---|------|
| ① 行動能力 | <input type="checkbox"/> 終日臥床<br><input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる<br><input type="checkbox"/> 通院（単独歩行）できる                | （理由） |
| ② 食 事  | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> 支障がない                   | （理由） |
| ③ 用 便  | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> 支障がない                   | （理由） |
| ④ 精神能力 | <input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する<br><input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する<br><input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない      | （理由） |
| ⑤ 言語能力 | <input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失<br><input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じあうことができる<br><input type="checkbox"/> 支障がない | （理由） |

(4) 傷病及び障害の今後の見込み

（報告者の氏名）

.....については上記のとおりであると認めます。  
年 月 日

医療機関の { 所在地  
                  { 名 称  
                  { 医師の氏名