

確 認 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金大阪府支部長 様

(住 所)
(氏 名)
(当事者 (甲) との関係)

印

私は、下記について確認しました。

なお、当該事故について貴基金が地方公務員災害補償法に基づき、公務（通勤）災害として乙に対し補償を行った場合には、同法59条に基づき貴基金が取得した損害賠償請求権の価額の限度において※、貴基金から請求があることについて、承知しました。

記

当事者	甲 (相手方)	住所	
		氏名	
	乙 (被災職員)	住所	
		氏名	
事故	発生日時		
	発生場所		
	発生状況		

※ 交通事故の場合は、通常当基金が乙に対し補償を行った額に過失割合を乗じた額となります。