

傷病特別支給金
傷病特別給付金 申請書

		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〔 傷病特別支給金 〕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	所属団体名	所属部局名	
	氏 名	職 名	
		<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
年 月 日生 (歳)			
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)	
		(A) { 円 × } × [1 + $\frac{\quad}{100}$] × $\frac{20}{100}$ = 円	
		(B) 1,500,000円 × $\frac{\quad}{365}$ = 円	
	(平均給与額) (傷病補償年金の金額)	(C) [円 × 365 × $\frac{80}{100}$] - 円 = 円	
5	傷病特別給付金申請金額	円	

6 送金希望の場合	振込み	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する				個人番号				
		<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する								
	* 公金受取口座を利用もしくは任意に指定にチェック	振込先金融機関名	銀行		支店	* 傷病等級	第 級 号			
		<input type="checkbox"/> 普通預金		<input type="checkbox"/> 当座預金			* 決定金額	規程第29条の12の制限		
		口座番号				□有 □無				
		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				
	その他					* 通 知 年 月 日				
						* 特別給付金の支払 年 月 日				
						* 特別給付金の支給開始月 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〕

- 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。
- 「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 $\frac{40}{100}$ 、第2級の場合は $\frac{45}{100}$ 、第3級の場合は $\frac{50}{100}$ 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。
- 「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。
- 年月日の記載には元号を用いる。