

都支部様式第2号

休業補償請求書
休業援護金申請書

認定番号	
請求回数	第 回

地方公務員災害補償基金東京都支部長 殿 下記の休業補償（休業援護金）を請求（申請）します。	請求（申請）年月日 平成 年 月 日
	請求（申請）者の住所
	フリガナ 氏 名 個人番号

（補償費の受領委任） この請求（申請）書による休業補償費（休業援護金）の受領を
に委任します。 印

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 負傷または発病の年月日 平成 年 月 日

2 請求日数	平成 年 月 日から 平成 年 月 日までのうち全部休業した日数 日
--------	------------------------------------

*3 所属部局の長の証明	1 及び 2 については、記載のとおりであることを証明します。 平成 年 月 日	
	所属部局の	所在地 名称 長の職、氏名 印

4 休業補償	全部休業した日についての計算	(平均給与額) (A) 円 × — = 円
	休業補償請求金額	(A) (請求日数) 円 × = 円

5 休業援護金	全部休業した日についての計算	(平均給与額) (B) 円 × $\frac{20}{100}$ = 円
	休業援護金申請金額	(B) (請求日数) 円 × = 円

* 6 医師の証明	認定傷病名	現在の状態 平成 年 月 日 ☐ 治癒 ☐ 死亡 ☐ 中止 ☐ 継続中 ☐ 転医
	請求日数のうち療養のため勤務することができなかったと認められる日数 平成 年 月 日から 平成 年 月 日までのうち 日	勤務することができなかったと認められる理由
	1 の被災職員については、上記のとおりであることを証明します。 平成 年 月 日 医療機関の { 所在地 名称 医師の氏名 印	

7 送金希望の場合	振込先銀行機関名	銀行	支店	* 決定金額	休業補償	
	☐ 普通預金 ☐ 当座預金 ☐ 口座番号				休業援護金	
	預金名義	通帳のとおり正確に記入し且つ、フリガナを付ける フリガナ			合 計	
		フリガナ				
所属事務担当者		係・氏名 (電話)		*		

- 1 請求（申請）者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に✓印記入すること。
- 2 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成 25 年法律第 27 号）第 2 条第 5 項に規定する個人番号を記入すること。ただし、第 2 回以後の請求において個人番号に変更のない場合には、記入する必要はないこと。
- 3 令第 1 条職員とは、再任用短時間勤務職員等及び常勤的非常勤職員をいう。
- 4 送金希望の場合は、請求者若しくは、受領受任者と口座名義人が同一であること。
- 5 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入し添付すること。ただし、第 2 回目以後の請求において平均給与額に変更のない場合には、添付する必要はないこと。
- 6 「請求（申請）者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

※ 2 回目以降の請求書提出に際しては、必ず規則第 3 条第 3 項による金額を計算して前回の平均給与額と比較してください。