申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 傷病特別支給金 | 認定番号 |  |
| 傷病特別給付金 |
| 地方公務員災害補償基金東京都支部長　殿( 　 ) | 申請年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者の住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 |
|  |
| 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 |
| 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）〔　　　　　　　　 〕特別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 + 　　×＝ | 円 |
| （日数） １,５００,０００ (B)　　　　　　　×　　　　　　＝( )　　　　　　　365 | 円 |
| （平均給与額）　　　　　　　（傷病補償年金の金額）(C)　　　　　　　　　　　円×365×　－　　　　　　　　　　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 | 振込先金融機関名 | 銀行　　　　支店 | ＊受理 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| ＊傷病等級 | 第級号 |
| □普通預金　　　□当座預金 |
| ＊決定金額 | 規程第29条の12の制限 | □有　　　□無 |
| 口座番号 |  |
| 特別支給金 | 円 |
| 預金名義者 |  |
| 特別給付金 | 円 |
| 送金小切手 | 受取先金融機関名 | 銀行　　　　支店 |
| ＊ | 通知 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| その他 |  | ＊ | 特別支給金の支払 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| ＊ | 特別給付金支払開始年月 | 平成　　　年　　　月　　　日 |

様式第49号

〔注意事項〕

１　申請者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□に✓印を記入すること。

２　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。

３　「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、第２級の場合は、第３級の場合はであること。なお、常勤的非常勤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。

４　「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。

５　「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。