

傷病特別支給金 申請書  
傷病特別給付金

認定 番号	
----------	--

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
下記の（傷病特別支給金） （傷病特別給付金）の支給を申請します。		申請者の住所			
		ふりがな 氏 名			
1 被災職員に関する事項	所属団体名	所属部局名			
	氏 名	職 名	□常 勤		
	年 月 日生（ 歳）		□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) <small>〔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)〕</small>			
		(A) $\left\{ \text{円} \times \text{日数} \times \left( 1 + \frac{\quad}{100} \right) \right\} \times \frac{20}{100} =$ 円			
		(B) $1,500,000 \times \frac{\text{日数}}{365} =$ 円			
	(C) $\left( \text{円} \times 365 \times \frac{80}{100} \right) -$ 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
		□普通預金 □当座預金				*傷病等級	第	級	号
		口座番号			*決定金額	規程第29条の12の制限	□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	*通 知	平成	年	月	日
	そ の 他					*特別支給金の支払	平成	年	月
				*特別給付金支払開始年月	平成	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✓印を記入すること。
- 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 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、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。
- 「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。
- 「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。