

様式第49号

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)の支給を申請します。 (傷病特別給付金)		申請者の住所			
		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	<input type="checkbox"/> 常勤		
		年 月 日生 (歳)		<input type="checkbox"/> 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 + 100) } × 20 = 円		
		(日数)	(B) 1,500,000円 × ————— = 円		
		(平均給与額) (傷病補償年金の金額)	(C) (円 × 365 × 80) - 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	*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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
		口座番号			特別支給金	円			
	送金小切手	預金名義者			特別給付金	円			
		受取先金融機関名	銀行	支店	*通知	年 月 日			
						*特別給付金支払	年 月 日		
その他					*特別給付金支給開始年	年 月			

*受理 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 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。
- 「申請者の氏名」の項は、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。
- 年月日の記載には元号を用いる。