

様式第49号

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 年 月 日生 (歳)		職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <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 × $\times \left(1 + \frac{\quad}{100}\right) \times \frac{20}{100} =$ 円		
		(日数)		(B) 1,500,000円 × $\frac{\quad}{365} =$ 円		
		(平均給与額) (傷病補償年金の金額)		(C) $\left(\text{円} \times 365 \times \frac{80}{100} \right) - \text{円} =$ 円		
5	傷病特別給付金申請金額		円			
6 送金希望の場合	振 込 手	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	受取先金融機関名	銀行	支店	特別給付金 円	
				* 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	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。