

記載例22 休業補償請求書 (全部休業のみの場合)
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	〇〇〇〇-〇〇〇〇
請求回数	第 1 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 令和 5 年 8 月 8 日	
請求（申請）者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2 フリガナ 新宿 太郎 氏名 個人番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1		(自署又は押印)	
(受領者) 総務課長 甲野 一郎		(委任者) 新宿 太郎	
所属団体名 東京都		所属部局名 〇〇局〇〇部	
氏名 新宿 太郎 昭和 58 年 1 月 1 日 生 (40 歳)		職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 自署又は公印	
請求日数 令和 5 年 7 月 4 日から 令和 5 年 7 月 31 日までのうち全部休業した日数 28 日		文書番号 500第〇〇〇号	
所属部局の長の証明 令和 5 年 8 月 7 日		所在地 新宿区西新宿2-8-1 名称 〇〇局〇〇部 長の職・氏名 部長 淀橋 一男 (文書番号、所属部局の長の自署若しくは押印又は)	
4	休業補償	(平均給与額) (A) 全部休業した日についての計算 13,084 円 × $\frac{60}{100}$ = 7,850 円	円未滿切捨て
	休業補償請求金額	(A) (請求日数) 7,850 円 × 29 = 227,675	
5	休業援護金	(平均給与額) (B) 全部休業した日についての計算 13,084 円 × $\frac{20}{100}$ = 2,616 円	円
	休業援護金申請金額	(B) (請求日数) 2,616 円 × 29 = 75,864	
6	他方年金の受給関係	<input type="checkbox"/> 〇〇〇の被保険者であった。 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者ではなかった。	
* 7 医師の証明	認定傷病名	右下腿骨骨折	
	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	現在の状態 令和 5 年 8 月 2 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input checked="" type="checkbox"/> 継続中 勤務することができなかったと認められる理由 歩行不能のため (7月4日から7月21日まで入院)	
	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。	令和 5 年 8 月 2 日 医療機関の 所在地 千代田区永田町〇—〇 名称 関東整形外科病院 医師の氏名 関東 次郎 (自署又は押印)	
8 送金希望口座等	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する	金融機関名 〇〇〇銀行 本支店等名 〇〇支店 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 〇〇〇 口座番号 1234567 (フリガナ) キョウギョウショウトリツカシヤ 総務課長 甲野 一郎 (自署又は押印)	
	<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (本請求 (申請) 書に記載の個人番号を利用して公金受取口座との情報連携を行うことに同意する。)		
* 決定金額	休業補償	法第30条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	* 通 知 年 月 日
	休業援護金	円	* 支 払 年 月 日
	合計	円	
* 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	年 月 日

[注意事項]