

様式第49号

傷病特別支給金申請書
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 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。	申請年月日	年	月	日
	申請者の住所	フリガナ 氏 名 (自署又は押印)		

1 関 被 災 る 職 事 員 に	所属団体名	職 名	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	所属部局名	フリガナ 氏 名	年 月 日生 (歳)

2 傷 病 等 級	第 級 第 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) (1+割増率) $(A) \left\{ \text{円} \times \text{日数} \times \left[1 + \frac{\text{割増率}}{100} \right] \right\} \times \frac{20}{100} = \text{円}$
	(日数) $(B) 1,500,000 \text{円} \times \frac{\text{日数}}{365} = \text{円}$
	(平均給与額) (傷病補償年金の金額) $(C) \left[\text{円} \times 365 \times \frac{80}{100} \right] - \text{円} = \text{円}$

5 傷病特別給付金申請金額	円
---------------	---

6 送 金 希 望 口 座 等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する
	個人番号
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する
	金融機関名 本支店等名 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 口座名義人 氏名(フリガナ)
<input type="checkbox"/> その他	

* 受理	所属部局	任命権者	基金支部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
* 決定金額	規程第29条の12の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 特別支給金 円 特別給付金 円	* 傷病等級 第 級 第 号 * 特別支給金の支払 年 月 日 * 特別給付金の支給開始年月 年 月	
* 通知	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100分の40、第2級の場合は100分の45、第3級の場合は100分の50であること。なお、地方公務員災害補償法施行令(昭和42年政令第274号)第1条に規定する職員に係るこの欄の記入については、別に定めるところによること。
- 「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。
- 「6 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。