

様式第1号

公務災害認定請求書

* 認定番号			
地方公務員災害補償基金 愛媛県 支部長 殿		請求年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	被災職員が認定請求を所属長に提出する日
下記の災害については、公務により生じたものであることの認定を請求します。 被災時の所属 (被災後異動している場合は、かっこ書きで現所属も記載)		(〒〇〇〇—〇〇〇〇) 請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地	
フリガナ 氏名 エヒメ タロウ 愛媛 太郎		被災職員との続柄 本人	被災時の年齢
被災職員に関する事項	1 所属団体名 〇〇〇市	フリガナ 氏名 エヒメ タロウ 愛媛 太郎	チェック漏れ、組合員証番号の記載誤りが多い箇所です。組合名称・番号に誤りがあると、認定後の情報連携の混乱原因となりますので、提出前に必ずご確認ください。
	所属部局名 〇〇〇部 〇〇〇局 〇〇〇課 (現在：▲▲部 ▲▲局 ▲▲課)	平成〇年 〇月 〇日生 ( 〇〇 歳)	
	被災時の職名 (例) 自動車運転手、作業員、消防士、巡查、用務員、主事、教諭 等 作業員	<input type="checkbox"/> 地方職員共済 <input checked="" type="checkbox"/> 市町村職員共済 <input type="checkbox"/> 公立学校共済 <input type="checkbox"/> 警察共済 <input type="checkbox"/> その他 ( )	常勤/令第1条職員のいずれかにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 常勤・・・常時勤務に服することを要する者(正規職員) <input type="checkbox"/> 令第1条職員・・・ ①再任用短時間勤務職員 等 ②常勤職員と同様の勤務形態で18日以上勤務した月が引き続き12月を超えるに至った者で、以後同様の勤務を要することとされている者(フルタイム会計年度任用職員 等)
	職名 作業員	令第1条職員 第 〇〇〇〇〇〇 号	
	組合員証の使用状況(使用の場合は医療機関ごとに使用状況記載) <input checked="" type="checkbox"/> 使用 <input checked="" type="checkbox"/> 不使用 〇〇病院 : 使用 ▲▲病院、◇◇薬局 : 不使用	組合員証を使用した場合は、医療機関・薬局ごとに使用状況を記入してください。	
災害発生の日時 令和〇年 〇〇月 〇〇日 ( 〇 曜日) 午前 〇〇時 〇〇分頃 午後	災害発生の場所 〇〇市〇〇町〇〇番地 ▲▲体育館		・負傷の場合・・・負傷した日又は負傷の原因となった事故が発生した日時 ・疾病の場合・・・原則、医師の診断によって発症が確定した日
傷病名 (※診断書と一致) 左膝創傷、右前腕部打撲傷	傷部の部位及び療養期間 左下肢、右腕 2週間の通院加療 ※療養期間、診断書に記載のもの(もしくは、医師に聞き取りのうえ記入)		※交通事故の場合は「交通事故証明書」に記載されたとおりに記入してください。 ※施設内の場合は施設名も記入 ・負傷の場所・・・負傷した場所又は負傷原因となった事故が発生した場所 ・疾病の場合・・・負傷に伴う疾病の場合は負傷した場所 ※その他の疾病で場所が特定できない場合は「不明」と記入 交通事故事案の場合「交通事故証明書」と一致させてください。
傷部の部位及び療養期間 左下肢、右腕 2週間の通院加療 ※療養期間、診断書に記載のもの(もしくは、医師に聞き取りのうえ記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 未治ゆ (治ゆ日) 令和〇年〇月〇日	診断書に記載された傷病名を正確に記入してください。(次頁「2災害発生の状況」、現認所・事実証明書も同様。)	

【注意事項】

- 請求者は、\*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、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 「1 被災職員に関する事項」の欄の「職名」は、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡查、消防士等と記入すること。
- 「2 災害発生の状況」又は「\*5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、当該欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。
- 「\*3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、基金に相談すること。

※治ゆしている場合は、認定後速やかに「治ゆ報告書」を提出してください。  
 ※治ゆ日は最終通院日以降の日付としてください。

診断書に療養見込期間の記載がない場合には、診断した医師に聞き取りの上、療養見込期間を必ず記入してください。

