

障 害 特 別 支 給 金 支 給 申 請 書
障 害 特 別 援 護 金

(実施機関の長の官職氏名) 殿 下記の〔障害特別支給金〕の支給を申請します。 〔障害特別援護金〕		申請年月日 令和 年 月 日 申請者の住所 氏 名		
1 (所属部局)		2 (官職) <input type="checkbox"/> 常 勤 () <input type="checkbox"/> 非常勤		
3 (負傷又は発病年月日) 令和 年 月 日		4 (治癒年月日) 令和 年 月 日		
5 (災害の種類) <input type="checkbox"/> 公務上の災害 <input type="checkbox"/> 通勤による災害		6 (障害等級) 第 級		
7 特 別 支給金	通 常 の 場 合	加 重 障 害 の 場 合	傷病特別支給金 を受けた場合	支給額が制限 される場合
	(障害特別支給金支給申請額) 円			
8 特 別 援護金	通 常 の 場 合	加 重 障 害 の 場 合		
	(障害特別援護金支給申請額) 円			
※受理 令和 年 月 日		※決定 令和 年 月 日		特別支給金 円
※支払 令和 年 月 日		※決定 金額		特別援護金 円

注 申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。