

職 補 一 3 2 9

令和2年12月15日

人 事 院 事 務 総 長

「人事院規則16-4（補償及び福祉事業の実施）の運用について  
」の一部改正について（通知）

「人事院規則16-4（補償及び福祉事業の実施）の運用について（平成14年6月20日勤補一182）」の一部を下記のとおり改正したので、令和3年1月1日以降は、これによってください。

記

次の表により、改正前欄に掲げる規定の破線で囲み又は傍線を付した部分をこれに対応する改正後欄に掲げる規定の破線で囲み又は傍線を付した部分のように改める。

改正後

別紙第1

国家公務員災害補償  
療養補償請求書

1号紙

		請求 回数	第 回
(実施機関の長の官職氏名)	請求年月日	令和	年 月 日
.....殿	請求者の住所	.....	
下記の療養補償を請求します。 氏名			
(補償費用の受領委任)	この請求書による療養補償の費用の受領を.....に委任します。 氏名		
(委任に基づく支払請求)	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 請求者の住所 氏名		
1 (所属部局)	1 (氏名)		
3 (官職) □常勤 □非常勤	4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日		
5 診療費	内訳は「11医師の証明」欄記載のとおり	円	
6 調剤費	内訳は「12薬剤師の証明」欄記載のとおり	円	
7 看護料	□訪問看護 内訳は「13訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり 令和 年 月 日から 日間 (看護師の資格) 令和 年 月 日まで □有 □無	円	
8 移送費	(交通費) から まで キロメートル □片道 □往復 (その他の移送費)	円	
9 上記以外の療養費	円		
10 療養補償請求金額	円		
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円
			添付書類 枚

- 注 1 請求者は、※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。
- 2 「(補償費用の受領委任)」の欄には、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 「7看護料」及び「8移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 4 「9上記以外の療養費」の欄には、入院料に食料料を含まない場合の食料料及び療養に必要な治療材料等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師、薬剤師、柔道整復師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよい。

改正前

別紙第1

国家公務員災害補償  
療養補償請求書

1号紙

		請求 回数	第 回
(実施機関の長の官職氏名)	請求年月日	令和	年 月 日
.....殿	請求者の住所	.....	
下記の療養補償を請求します。 氏名			
(補償費用の受領委任)	この請求書による療養補償の費用の受領を.....に委任します。 氏名		
(委任に基づく支払請求)	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 請求者の住所 氏名		
1 (所属部局)	1 (氏名)		
3 (官職) □常勤 □非常勤	4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日		
5 診療費	内訳は「11医師の証明」欄記載のとおり	円	
6 調剤費	内訳は「12薬剤師の証明」欄記載のとおり	円	
7 看護料	□訪問看護 内訳は「13訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり 令和 年 月 日から 日間 (看護師の資格) 令和 年 月 日まで □有 □無	円	
8 移送費	(交通費) から まで キロメートル □片道 □往復 (その他の移送費)	円	
9 上記以外の療養費	円		
10 療養補償請求金額	円		
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円
			添付書類 枚

- 注 1 請求者は、※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。
- 2 「(補償費用の受領委任)」の欄には、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 「7看護料」及び「8移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 4 「9上記以外の療養費」の欄には、入院料に食料料を含まない場合の食料料及び療養に必要な治療材料等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師、薬剤師、柔道整復師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよい。

※11 医師の証明		(患者氏名)	
傷病名		(診療期間)	
傷病の経過 (現在の状態)	令和 年 月 日 □治癒 □死亡 □転院 □中止 □継続中	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	診療実日数 日
診療費の内訳		金額(円)	
診察	初診		
	再診		
	在宅		
投薬	内服薬		
	外用薬 調剤 基		
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		
	(処置名・回数等)		
手術・麻酔	(手術名・回数等)		
検査	(検査名・回数等)		
画像診断	(画像診断名・回数等)		
その他			
入院	期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間	
	特基1	入院時基本診療料(入院料) (室料・看護料・給食料)	
	食2		
	普基1		
	食1	入院時医学管理料	
	他1		
	他2		
	他3		
	その他		
	診療費の合計		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
病院又は診療所の		所在地 名称 医師氏名	

※11 医師の証明		(患者氏名)	
傷病名		(診療期間)	
傷病の経過 (現在の状態)	令和 年 月 日 □治癒 □死亡 □転院 □中止 □継続中	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	診療実日数 日
診療費の内訳		金額(円)	
診察	初診		
	再診		
	在宅		
投薬	内服薬		
	外用薬 調剤 基		
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		
	(処置名・回数等)		
手術・麻酔	(手術名・回数等)		
検査	(検査名・回数等)		
画像診断	(画像診断名・回数等)		
その他			
入院	期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間	
	特基1	入院時基本診療料(入院料) (室料・看護料・給食料)	
	食2		
	普基1		
	食1	入院時医学管理料	
	他1		
	他2		
	他3		
	その他		
	診療費の合計		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
病院又は診療所の		所在地 名称 医師氏名	



※13 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)						
傷病名		(訪問看護期間)						
傷病の経過		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 訪問看護の回数 回						
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日 年 月 日 主治医への直近報告年月日 年 月 日						
	訪問日	訪問日						
	円× 回 円	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						
	円× 回 円							
管理療養費	初日 円 2回目以降 回 円							
情報提供療養費		提供した情報の概要 円 情報提供先の市(区)町村の名称						
ターミナル療養費	死亡年月日 年 月 日	円 (備考)						
合計		円						
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名 医療機関の名称 主治医氏名								
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日								
<table border="1"> <tr> <td>訪問看護事業者の</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td></td> <td>名称</td> </tr> <tr> <td></td> <td>代表者氏名</td> </tr> </table>			訪問看護事業者の	所在地		名称		代表者氏名
訪問看護事業者の	所在地							
	名称							
	代表者氏名							

※13 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)						
傷病名		(訪問看護期間)						
傷病の経過		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 訪問看護の回数 回						
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日 年 月 日 主治医への直近報告年月日 年 月 日						
	訪問日	訪問日						
	円× 回 円	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						
	円× 回 円							
管理療養費	初日 円 2回目以降 回 円							
情報提供療養費		提供した情報の概要 円 情報提供先の市(区)町村の名称						
ターミナル療養費	死亡年月日 年 月 日	円 (備考)						
合計		円						
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名 医療機関の名称 主治医氏名								
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日								
<table border="1"> <tr> <td>訪問看護事業者の</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td></td> <td>名称</td> </tr> <tr> <td></td> <td>代表者氏名</td> </tr> </table>			訪問看護事業者の	所在地		名称		代表者氏名
訪問看護事業者の	所在地							
	名称							
	代表者氏名							

国家公務員災害補償  
休業補償請求書  
休業援護金支給申請書

(実施機関の長の官職氏名)		請求(申請)年月日 令和 年 月 日	
下記の(休業補償を請求)します。		請求(申請)者の住所	
1 (所属部局)		氏名	
3 (官職) <input type="checkbox"/> 非常勤 ( )		4 (負傷又は) 令和 年 月 日	
5 (厚生年金保険) <input type="checkbox"/> の被保険者である。		被保険者証書等の記号番号	
6 (請求(申請)日数)		休業補償	
7 休業		請求日数	
8 休業援護金		請求金額	
9 医師の証明		(現在の状態)	
10 所属官署等の長の証明		請求日数	
※受理		※決定金額	

注1 請求(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。  
 注2 「6(請求(申請)日数)」の欄中、全部休業に係る項目には、一日の全部にわたって休業し、給与の全部又は一部を受けなかった日の日数を、一部休業に係る項目には、正規の勤務時間の一部を休業したために、受けた給与の額が平均給与額以下であった日の日数を記入すること。  
 注3 この請求(申請)書には、平均給与額算定書を添付すること。ただし、第2回目以降の請求において平均給与額に変更がない場合は、平均給与額算定書を添付しなくてよい。

国家公務員災害補償  
休業補償請求書  
休業援護金支給申請書

(実施機関の長の官職氏名)		請求(申請)年月日 令和 年 月 日	
下記の(休業補償を請求)します。		請求(申請)者の住所	
1 (所属部局)		氏名	
3 (官職) <input type="checkbox"/> 非常勤 ( )		4 (負傷又は) 令和 年 月 日	
5 (厚生年金保険) <input type="checkbox"/> の被保険者である。		被保険者証書等の記号番号	
6 (請求(申請)日数)		休業補償	
7 休業		請求日数	
8 休業援護金		請求金額	
9 医師の証明		(現在の状態)	
10 所属官署等の長の証明		請求日数	
※受理		※決定金額	

注1 請求(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。  
 注2 「6(請求(申請)日数)」の欄中、全部休業に係る項目には、一日の全部にわたって休業し、給与の全部又は一部を受けなかった日の日数を、一部休業に係る項目には、正規の勤務時間の一部を休業したために、受けた給与の額が平均給与額以下であった日の日数を記入すること。  
 注3 この請求(申請)書には、平均給与額算定書を添付すること。ただし、第2回目以降の請求において平均給与額に変更がない場合は、平均給与額算定書を添付しなくてよい。

国家公務員災害補償  
障害補償請求書  
障害特別給付金支給申請書  
(年金・一時金)

(実施機関の長の官職氏名)		※年金証書の番号 第 号	
請求(申請)年月日 令和 年 月 日		請求(申請)者の住所	
下記の「障害補償(年金・一時金)」を請求(申請)します。		氏 名	
1 (所属部局)	氏名(姓・名)		
3 (官職) □常 勤 ( ) □非常勤 ( )	4 (負傷又は発病年月日)	令和 年 月 日	
5 (障害等級) 第 級	6 (治療年月日)	令和 年 月 日	
7 (障害の部位及びその程度)			
8 (既存障害とその程度)			
9 (厚生年金保険) □ の被保険者である。 □ 法外の適用 □ 被保険者でない。		被保険者証書等の記号番号	
10 通常 (平均給与額) (日数)			
場合	円 × =	円	
障害 第7級 加重前の障害の程度が第7級以上の障害等級に該当する場合	円		
加重 以上 加重前の障害の程度が第8級以下の障害等級に該当する場合	円		
障害 第8級	円		
場合 以下	円		
補償法第14条又は昭和41年・改正法附則第8条の規定により支給額が制限又は調整される場合		円	
障害補償請求金額 (年金)		(一時金)	
円		円	
11 通常 (平均給与額) (日数) (特別給付率)			
場合	円 × × =	円	
障害 規則16-3第19条の7第1項ただし書又は同条第2項ただし書による額	円		
別 障害 第7級 加重前の障害の程度が第7級以上の障害等級に該当する場合	円		
給 加重 以上 加重前の障害の程度が第8級以下の障害等級に該当する場合	円		
付 障害 第8級	円		
金 場合 以下	円		
補償法第14条の規定により支給額が制限される場合		円	
障害特別給付金支給申請額 (年金)		(一時金)	
円		円	
12 添付する書類その他の資料名			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定 障害補償 金額 障害特別給付金 円

- 注1 請求(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。
- 2 「7(障害の部位及びその程度)」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 「8(既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 4 この請求(申請)書には、平均給与額算定書、治療の時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書並びに特別給付率の算定の基礎を明らかにすることのできる書類その他の書類及び資料を添付すること。

国家公務員災害補償  
障害補償請求書  
障害特別給付金支給申請書  
(年金・一時金)

(実施機関の長の官職氏名)		※年金証書の番号 第 号	
請求(申請)年月日 令和 年 月 日		請求(申請)者の住所	
下記の「障害補償(年金・一時金)」を請求(申請)します。		氏 名	
1 (所属部局)	氏名(姓・名)		
3 (官職) □常 勤 ( ) □非常勤 ( )	4 (負傷又は発病年月日)	令和 年 月 日	
5 (障害等級) 第 級	6 (治療年月日)	令和 年 月 日	
7 (障害の部位及びその程度)			
8 (既存障害とその程度)			
9 (厚生年金保険) □ の被保険者である。 □ 法外の適用 □ 被保険者でない。		被保険者証書等の記号番号	
10 通常 (平均給与額) (日数)			
場合	円 × =	円	
障害 第7級 加重前の障害の程度が第7級以上の障害等級に該当する場合	円		
加重 以上 加重前の障害の程度が第8級以下の障害等級に該当する場合	円		
障害 第8級	円		
場合 以下	円		
補償法第14条又は昭和41年・改正法附則第8条の規定により支給額が制限又は調整される場合		円	
障害補償請求金額 (年金)		(一時金)	
円		円	
11 通常 (平均給与額) (日数) (特別給付率)			
場合	円 × × =	円	
障害 規則16-3第19条の7第1項ただし書又は同条第2項ただし書による額	円		
別 障害 第7級 加重前の障害の程度が第7級以上の障害等級に該当する場合	円		
給 加重 以上 加重前の障害の程度が第8級以下の障害等級に該当する場合	円		
付 障害 第8級	円		
金 場合 以下	円		
補償法第14条の規定により支給額が制限される場合		円	
障害特別給付金支給申請額 (年金)		(一時金)	
円		円	
12 添付する書類その他の資料名			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定 障害補償 金額 障害特別給付金 円

- 注1 請求(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。
- 2 「7(障害の部位及びその程度)」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 「8(既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 4 この請求(申請)書には、平均給与額算定書、治療の時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書並びに特別給付率の算定の基礎を明らかにすることのできる書類その他の書類及び資料を添付すること。

国家公務員災害補償  
介護補償請求書

				請求 回数	第	回
(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日 令和 年 月 日		請求者の住所		
----- 殿		-----		-----		
下記の介護補償を請求します。		氏 名		氏 名 (印)		
1 (所属部局)		姓(氏名)		年 月 日生		
3 (官職) □常 勤 ( ) □非常勤 ( )		4 (負傷又は) 発病年月日) 令和 年 月 日		6 (年金証書の番号) 第 号		
5 (受けている年金の種類) □ 傷病補償年金(傷病等級第 級第 号) □ 障害補償年金(障害等級第 級第 号)		8 (介護を要する状態の区分) □ 常時介護を要する状態 □ 随時介護を要する状態		9 請求対象年月 介護に要する費用として支出した額 親族等から介護を受けた日の有無 請求月額		
7 (障害の部位及びその程度並びに当該障害に伴う日常生活の状態)		9 請求対象年月 介護に要する費用として支出した額 親族等から介護を受けた日の有無 請求月額		10 (介護を受けた場所) □ 自宅 □ 病院・施設等(名称: ) 入院(入所)期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日		
9 請求対象年月 介護に要する費用として支出した額 親族等から介護を受けた日の有無 請求月額		10 (介護を受けた場所) □ 自宅 □ 病院・施設等(名称: ) 入院(入所)期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日		11 氏 名 請求者との続柄又は関係 請求者が介護を受けた期間		
10 (介護を受けた場所) □ 自宅 □ 病院・施設等(名称: ) 入院(入所)期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日		11 氏 名 請求者との続柄又は関係 請求者が介護を受けた期間		12 介護補償請求金額 円		
11 氏 名 請求者との続柄又は関係 請求者が介護を受けた期間		12 介護補償請求金額 円		13 添付する書類その他の資料名		
12 介護補償請求金額 円		13 添付する書類その他の資料名		※受理 令和 年 月 日 ※決定 令和 年 月 日 ※支払 令和 年 月 日 ※決定金額 円		

注1 請求者は、※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。  
 注2 「7 (障害の部位及びその程度並びに当該障害に伴う日常生活の状態)」の欄については、第1回目の請求を行う場合及び第2回目以降の請求において介護を要する状態に変更があった場合にのみ記入することとし、記入事項が添付する医師等の証明書又はその写しの記載事項と同じであるときは「証明書のとおり」と記入すること。  
 注3 この請求書には、常時又は随時介護を要する状態にあることの決定に必要な医師等の証明書又はその写しその他必要な書類を添付すること。ただし、第2回目以降の請求において介護を要する状態に変更がない場合は、医師等の証明書又はその写しを添付しなくてもよい。

国家公務員災害補償  
介護補償請求書

				請求 回数	第	回
(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日 令和 年 月 日		請求者の住所		
----- 殿		-----		-----		
下記の介護補償を請求します。		氏 名		氏 名 (印)		
1 (所属部局)		姓(氏名)		年 月 日生		
3 (官職) □常 勤 ( ) □非常勤 ( )		4 (負傷又は) 発病年月日) 令和 年 月 日		6 (年金証書の番号) 第 号		
5 (受けている年金の種類) □ 傷病補償年金(傷病等級第 級第 号) □ 障害補償年金(障害等級第 級第 号)		8 (介護を要する状態の区分) □ 常時介護を要する状態 □ 随時介護を要する状態		9 請求対象年月 介護に要する費用として支出した額 親族等から介護を受けた日の有無 請求月額		
7 (障害の部位及びその程度並びに当該障害に伴う日常生活の状態)		9 請求対象年月 介護に要する費用として支出した額 親族等から介護を受けた日の有無 請求月額		10 (介護を受けた場所) □ 自宅 □ 病院・施設等(名称: ) 入院(入所)期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日		
9 請求対象年月 介護に要する費用として支出した額 親族等から介護を受けた日の有無 請求月額		10 (介護を受けた場所) □ 自宅 □ 病院・施設等(名称: ) 入院(入所)期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日		11 氏 名 請求者との続柄又は関係 請求者が介護を受けた期間		
10 (介護を受けた場所) □ 自宅 □ 病院・施設等(名称: ) 入院(入所)期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日		11 氏 名 請求者との続柄又は関係 請求者が介護を受けた期間		12 介護補償請求金額 円		
11 氏 名 請求者との続柄又は関係 請求者が介護を受けた期間		12 介護補償請求金額 円		13 添付する書類その他の資料名		
12 介護補償請求金額 円		13 添付する書類その他の資料名		※受理 令和 年 月 日 ※決定 令和 年 月 日 ※支払 令和 年 月 日 ※決定金額 円		

注1 請求者は、※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。  
 注2 「7 (障害の部位及びその程度並びに当該障害に伴う日常生活の状態)」の欄については、第1回目の請求を行う場合及び第2回目以降の請求において介護を要する状態に変更があった場合にのみ記入することとし、記入事項が添付する医師等の証明書又はその写しの記載事項と同じであるときは「証明書のとおり」と記入すること。  
 注3 この請求書には、常時又は随時介護を要する状態にあることの決定に必要な医師等の証明書又はその写しその他必要な書類を添付すること。ただし、第2回目以降の請求において介護を要する状態に変更がない場合は、医師等の証明書又はその写しを添付しなくてもよい。

国家公務員災害補償  
遺族補償請求書  
遺族特別給付金支給申請書  
(年金・一時金)

Form for National Public Service Disaster Compensation. Includes fields for applicant information, deceased employee details, and calculation tables for annuity and special payment.

注1 この請求(申請)書は、補償法第17条の4第1項第2号に該当する場合に支給される遺族補償一時金(失権差額一時金)以外の遺族補償一時金の請求及び遺族特別給付金の支給の申請をするときに使用すること。

国家公務員災害補償  
遺族補償請求書  
遺族特別給付金支給申請書  
(年金・一時金)

Form for National Public Service Disaster Compensation. Includes fields for applicant information, deceased employee details, and calculation tables for annuity and special payment.

注1 この請求(申請)書は、補償法第17条の4第1項第2号に該当する場合に支給される遺族補償一時金(失権差額一時金)以外の遺族補償一時金の請求及び遺族特別給付金の支給の申請をするときに使用すること。

国家公務員災害補償  
遺族補償一時金(失権差額一時金)請求書  
遺族特別給付金支給申請書

1号紙

(実施機関の長の官職氏名)		請求(申請)年月日 令和 年 月 日	
..... 殿		請求(申請)者の住所	
下記の (遺族補償一時金を請求) 遺族特別給付金の支給を申請) します。		氏 名 死亡職員との続柄又は関係	
1	(所属部署)	(氏名) 年 月 日生	
死亡職員	(官職)	(死亡年月日) 令和 年 月 日	
に関する	□常 勤 ( )	□非常勤 ( )	
事項		(年金証書の番号) 第 号	
2	氏 名	生 年 月 日	死亡職員との続柄又は関係
一時金の			
受給権者			
に関する			
事項			
3 遺族補償一時金 (平均給与額) (D)			
( 円 × 日分 - 円) × $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}}$ = 円			
(遺族補償一時金請求額) 円			
4 遺族特別給付金 (平均給与額) (特別給支給率) (G)			
(1) ( 円 × 日分 × - 円) × $\frac{1}{\text{(申請者の数)}}$ = 円			
(2) 規則16-3第19条の10第3項の規定に基づき150万円を基礎として算定した額 円			
(遺族特別給付金支給申請額) 円			
5 添付する書類その他の資料名			
※受理	※決定	※支払	※決定
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	金額
	遺族補償一時金		遺族特別給付金
	円		円

注1 この請求(申請)書は、補償法第17条の4第1項第2号に該当する場合に支給される遺族補償一時金(失権差額一時金)の請求及び遺族特別給付金の支給の申請をするときに使用すること。  
2 請求(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。  
3 この請求(申請)書には、平均給与額算定書及び特別給支給率の算定の基礎を明らかにすることができる書類その他の必要な書類を添付すること。

国家公務員災害補償  
遺族補償一時金(失権差額一時金)請求書  
遺族特別給付金支給申請書

1号紙

(実施機関の長の官職氏名)		請求(申請)年月日 令和 年 月 日	
..... 殿		請求(申請)者の住所	
下記の (遺族補償一時金を請求) 遺族特別給付金の支給を申請) します。		氏 名 死亡職員との続柄又は関係	
1	(所属部署)	(氏名) 年 月 日生	
死亡職員	(官職)	(死亡年月日) 令和 年 月 日	
に関する	□常 勤 ( )	□非常勤 ( )	
事項		(年金証書の番号) 第 号	
2	氏 名	生 年 月 日	死亡職員との続柄又は関係
一時金の			
受給権者			
に関する			
事項			
3 遺族補償一時金 (平均給与額) (D)			
( 円 × 日分 - 円) × $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}}$ = 円			
(遺族補償一時金請求額) 円			
4 遺族特別給付金 (平均給与額) (特別給支給率) (G)			
(1) ( 円 × 日分 × - 円) × $\frac{1}{\text{(申請者の数)}}$ = 円			
(2) 規則16-3第19条の10第3項の規定に基づき150万円を基礎として算定した額 円			
(遺族特別給付金支給申請額) 円			
5 添付する書類その他の資料名			
※受理	※決定	※支払	※決定
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	金額
	遺族補償一時金		遺族特別給付金
	円		円

注1 この請求(申請)書は、補償法第17条の4第1項第2号に該当する場合に支給される遺族補償一時金(失権差額一時金)の請求及び遺族特別給付金の支給の申請をするときに使用すること。  
2 請求(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。  
3 この請求(申請)書には、平均給与額算定書及び特別給支給率の算定の基礎を明らかにすることができる書類その他の必要な書類を添付すること。

氏名			
6 既に支給された遺族補償年金又は遺族補償年金前払一時金の計算			
遺族補償年金が支給されていた場合			
受給権者であった者の氏名	年金証書の番号	支給された年金額の合計	支給された特別給付金額の合計
	第 号	円	円
	第 号	円	円
	第 号	円	円
	第 号	円	円
計		円	円
支給月の属する年度	支給された年金額(A)	人事院が定める率(B)	(A)×(B)
	(平均給与額)×(日数)		
年度	円		円
計			円(C)
遺族補償年金前払一時金が支給されていた場合			
支給年月日	支給された前払一時金の額(A')	人事院が定める率(B')	(A')×(B')
年月日	円		円(C')
総計(C)+(C')			円(D)
7 既に支給された遺族特別給付金の計算			
支給月の属する年度	支給された遺族特別給付金(年金)の額(E)	人事院が定める率(F)	(E)×(F)
年度	(平均給与額)×(日数)×(特別給付率)		円
年度	円		円
計			円(G)

氏名			
6 既に支給された遺族補償年金又は遺族補償年金前払一時金の計算			
遺族補償年金が支給されていた場合			
受給権者であった者の氏名	年金証書の番号	支給された年金額の合計	支給された特別給付金額の合計
	第 号	円	円
	第 号	円	円
	第 号	円	円
	第 号	円	円
計		円	円
支給月の属する年度	支給された年金額(A)	人事院が定める率(B)	(A)×(B)
	(平均給与額)×(日数)		
年度	円		円
計			円(C)
遺族補償年金前払一時金が支給されていた場合			
支給年月日	支給された前払一時金の額(A')	人事院が定める率(B')	(A')×(B')
年月日	円		円(C')
総計(C)+(C')			円(D)
7 既に支給された遺族特別給付金の計算			
支給月の属する年度	支給された遺族特別給付金(年金)の額(E)	人事院が定める率(F)	(E)×(F)
年度	(平均給与額)×(日数)×(特別給付率)		円
年度	円		円
計			円(G)

国家公務員災害補償  
葬祭補償請求書

(実施機関の長の官職氏名)  ..... 殿		請求年月日 令和 年 月 日	
		請求者の住所 .....	
下記の葬祭補償を請求します。		氏 名 .....	
		職員との続柄 又は関係	
1 死亡職員 に関する 事項	(所属部局)	(氏名)	
	(官職) <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	(死亡年月日) 令和 年 月 日	
2 葬祭補償請求金額	(A) (規則16-0第31条第1項 に規定する定額) (平均給与額)	円 + 円 × 30 = 円	
	(B) (平均給与額)	円 × 60 = 円	
	(A)(B)のうち 高い方の金額	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B) 円	
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円

注 1 請求者は、※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。  
2 この請求書には、平均給与額算定書を添付すること。

国家公務員災害補償  
葬祭補償請求書

(実施機関の長の官職氏名)  ..... 殿		請求年月日 令和 年 月 日	
		請求者の住所 .....	
下記の葬祭補償を請求します。		氏 名 .....	
		職員との続柄 又は関係	
1 死亡職員 に関する 事項	(所属部局)	(氏名)	
	(官職) <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	(死亡年月日) 令和 年 月 日	
2 葬祭補償請求金額	(A) (規則16-0第31条第1項 に規定する定額) (平均給与額)	円 + 円 × 30 = 円	
	(B) (平均給与額)	円 × 60 = 円	
	(A)(B)のうち 高い方の金額	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B) 円	
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円

注 1 請求者は、※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。  
2 この請求書には、平均給与額算定書を添付すること。

平均給与額算定書

被災職員の氏名 及び生年月日 補償の種類						年 月 日生
所属官署又は所属事務所による平均給与額算定の内訳						
事故発生前3月間の給与(通勤手当については、規則16-0第8条の2に規定する各月ごとの合計額)						
給与期間	月 日から	月 日から	月 日から	計	備考	
総日数	日	日	日	日		
勤務した日数	日	日	日	日		
給 与	俸給月額	円	円	円		
	調整額	円	円	円		
	扶養手当	円	円	円		
	地域手当	円	円	円		
	広域異動手当	円	円	円		
	住居手当	円	円	円		
	通勤手当	円	円	円		
	超過勤務手当	円	円	円		
	宿日直手当	円	円	円		
	計	円	円	円		
(A) 補償法第4条第1項本文による金額						
(給与総額)	(総日数)	寒冷地手当 事故発生日の属する月の前月の末日以前に おける直近の寒冷地手当の支給日に支給さ れた寒冷地手当の額 円×5÷365=		円	(イ)	円
円÷	=	円	(イ)	円	(ロ)	円
-----						
(B) 補償法第4条第1項ただし書による金額						
(日、時間又は出来高払制によ って定められた給与の総額)	(勤務した日数)	円÷		× $\frac{60}{100}$ =	円	(ハ)
(その他の給与の総額)	(総日数)	円÷		× $\frac{60}{100}$ =	円	(ニ)
-----						
(C) 補償法第4条第3項による金額(同条第1項本文計算)						
(控除日の属する月の給与の月額)	(その月の総日数)	(控除日数)	円÷		×	円
(控除日の勤務に対して支払われたその他の給与の合計額)	(その月の総日数)	(控除日数)	円÷		×	円
-----						
(C') 補償法第4条第3項による金額(同条第1項ただし書計算)						
(日、時間又は出来高払制によ って定められた給与の総額(控除日に支払われたものを除く))	(勤務した日数)	(控除日数を除く)	円÷		× $\frac{60}{100}$ =	円
(その他の給与の総額(控除日に支払われた その他の給与の総額))	(総日数)	(控除日数)	円÷		× $\frac{60}{100}$ =	円
-----						
(D) 規則16-0第12条による金額						
(給与総額)	(総日数)	円÷		=	円	

平均給与額算定書

被災職員の氏名 及び生年月日 補償の種類						年 月 日生
所属官署又は所属事務所による平均給与額算定の内訳						
事故発生前3月間の給与(通勤手当については、規則16-0第8条の2に規定する各月ごとの合計額)						
給与期間	月 日から	月 日から	月 日から	計	備考	
総日数	日	日	日	日		
勤務した日数	日	日	日	日		
給 与	俸給月額	円	円	円		
	調整額	円	円	円		
	扶養手当	円	円	円		
	地域手当	円	円	円		
	広域異動手当	円	円	円		
	住居手当	円	円	円		
	通勤手当	円	円	円		
	超過勤務手当	円	円	円		
	宿日直手当	円	円	円		
	計	円	円	円		
(A) 補償法第4条第1項本文による金額						
(給与総額)	(総日数)	寒冷地手当 事故発生日の属する月の前月の末日以前に おける直近の寒冷地手当の支給日に支給さ れた寒冷地手当の額 円×5÷365=		円	(イ)	円
円÷	=	円	(イ)	円	(ロ)	円
-----						
(B) 補償法第4条第1項ただし書による金額						
(日、時間又は出来高払制によ って定められた給与の総額)	(勤務した日数)	円÷		× $\frac{60}{100}$ =	円	(ハ)
(その他の給与の総額)	(総日数)	円÷		× $\frac{60}{100}$ =	円	(ニ)
-----						
(C) 補償法第4条第3項による金額(同条第1項本文計算)						
(控除日の属する月の給与の月額)	(その月の総日数)	(控除日数)	円÷		×	円
(控除日の勤務に対して支払われたその他の給与の合計額)	(その月の総日数)	(控除日数)	円÷		×	円
-----						
(C') 補償法第4条第3項による金額(同条第1項ただし書計算)						
(日、時間又は出来高払制によ って定められた給与の総額(控除日に支払われたものを除く))	(勤務した日数)	(控除日数を除く)	円÷		× $\frac{60}{100}$ =	円
(その他の給与の総額(控除日に支払われた その他の給与の総額))	(総日数)	(控除日数)	円÷		× $\frac{60}{100}$ =	円
-----						
(D) 規則16-0第12条による金額						
(給与総額)	(総日数)	円÷		=	円	

事故発生日(令和 年 月 日)における基本的給与の月額		補償事由発生日(令和 年 月 日)における基本的給与の月額	
俸給表の種類 _____ 級 _____ 号俸	俸給の月額 _____ 円	俸給表の種類 _____ 級 _____ 号俸	俸給の月額 _____ 円
扶養手当の月額 _____ 円		扶養手当の月額 _____ 円	
地域手当の月額 _____ 円		地域手当の月額 _____ 円	
広域異動手当の月額 _____ 円		広域異動手当の月額 _____ 円	
計 _____ 円		計 _____ 円	
(E) 規則16-0第13条による金額 常勤職員の場合 (基本的給与の月額) 円 ÷ 30 = _____ 円	非常勤職員の場合		円
(F) 規則16-0第14条による金額 _____ 円			
(G) 規則16-0第15条又は第16条による金額 <input type="checkbox"/> 第15条 <input type="checkbox"/> 第16条 常勤職員の場合 (基本的給与の月額) 円 ÷ 30 = _____ 円	非常勤職員の場合		円
(H) 規則16-0第17条による金額 常勤職員の場合 (基本的給与の月額) 円 ÷ 30 = _____ 円	事故発生日における第15条又は第16条による金額 非常勤職員の場合		円
(上記の金額及び(A)(B)(C)(C')(D)(E)(F)のうち最も高い金額) (人事院が定める率) × _____ = _____ 円			
(I) 規則16-0第18条による金額 _____ 円			
(J) 規則16-0第19条による金額 _____ 円			
(K) 補償法第4条の3又は第4条の4による金額 被災職員の年齢 _____ 歳 最高限度額 _____ 円	最低限度額 _____ 円	昭和61年改正法附則第5条の規定による経過措置の適用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円

平均給与額 _____ 円 ( _____ ) による金額
平均給与額の算定内訳は上記のとおりである。 令和 年 月 日
所 在 地 _____ 所 属 官 署 又 は 所 属 事 務 所 の 名 称 _____ 長 官 職 氏 名 _____

- 注1 該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「備考」の欄には、適用される俸給表の種類、職務の級及び号俸、その他給与の異動等について必要な事項を記入すること。
- 3 「(K)補償法第4条の3又は第4条の4による金額」の欄には、長期療養者の休業補償又は年金たる補償を請求する場合に記入し、被災職員の年齢は、長期療養者の休業補償の場合には補償事由発生日の属する年度の4月1日時点の年齢を、年金たる補償の場合には支給月の属する年度の4月1日時点の年齢を記入すること。

事故発生日(令和 年 月 日)における基本的給与の月額		補償事由発生日(令和 年 月 日)における基本的給与の月額	
俸給表の種類 _____ 級 _____ 号俸	俸給の月額 _____ 円	俸給表の種類 _____ 級 _____ 号俸	俸給の月額 _____ 円
扶養手当の月額 _____ 円		扶養手当の月額 _____ 円	
地域手当の月額 _____ 円		地域手当の月額 _____ 円	
広域異動手当の月額 _____ 円		広域異動手当の月額 _____ 円	
計 _____ 円		計 _____ 円	
(E) 規則16-0第13条による金額 常勤職員の場合 (基本的給与の月額) 円 ÷ 30 = _____ 円	非常勤職員の場合		円
(F) 規則16-0第14条による金額 _____ 円			
(G) 規則16-0第15条又は第16条による金額 <input type="checkbox"/> 第15条 <input type="checkbox"/> 第16条 常勤職員の場合 (基本的給与の月額) 円 ÷ 30 = _____ 円	非常勤職員の場合		円
(H) 規則16-0第17条による金額 常勤職員の場合 (基本的給与の月額) 円 ÷ 30 = _____ 円	事故発生日における第15条又は第16条による金額 非常勤職員の場合		円
(上記の金額及び(A)(B)(C)(C')(D)(E)(F)のうち最も高い金額) (人事院が定める率) × _____ = _____ 円			
(I) 規則16-0第18条による金額 _____ 円			
(J) 規則16-0第19条による金額 _____ 円			
(K) 補償法第4条の3又は第4条の4による金額 被災職員の年齢 _____ 歳 最高限度額 _____ 円	最低限度額 _____ 円	昭和61年改正法附則第5条の規定による経過措置の適用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円

平均給与額 _____ 円 ( _____ ) による金額
平均給与額の算定内訳は上記のとおりである。 令和 年 月 日
所 在 地 _____ 所 属 官 署 又 は 所 属 事 務 所 の 名 称 _____ 長 官 職 氏 名 _____

- 注1 該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「備考」の欄には、適用される俸給表の種類、職務の級及び号俸、その他給与の異動等について必要な事項を記入すること。
- 3 「(K)補償法第4条の3又は第4条の4による金額」の欄には、長期療養者の休業補償又は年金たる補償を請求する場合に記入し、被災職員の年齢は、長期療養者の休業補償の場合には補償事由発生日の属する年度の4月1日時点の年齢を、年金たる補償の場合には支給月の属する年度の4月1日時点の年齢を記入すること。

国家公務員災害補償  
傷病補償年金請求書  
傷病特別給付金支給申請書

※年金証書の番号 第 号	
(実施機関の長の官職氏名)	請求(申請)年月日 令和 年 月 日 請求(申請)者の住所
下記の(傷病補償年金を請求)します。 傷病特別給付金の支給を申請	氏 名
1 (所属部局)	2 (氏名) 年 月 日生
3 (官職) <input type="checkbox"/> 常勤 ( <input type="checkbox"/> 非常勤 )	4 (負傷又は発病年月日) 令和 年 月 日
5 (傷病等級) 第 級	6 (傷病等級該当年月日) 令和 年 月 日
7 (傷病の名称、部位及びその状態)	
8 (既存障害とその程度)	
9 (日常生活の状態)	
10 (厚生年金保険) <input type="checkbox"/> の被保険者である。 被保険者証書等の記号番号 所轄年金事務所等 法等の適用 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	
11 傷病補償年金	通常の場合 (平均給与額) (日数) 円 × = 円 補償法第14条又は昭和41年改正法附則第8条の規定により支給額が制限又は調整される場合 傷病補償年金請求年額 円
12 傷病特別給付金	(1) (平均給与額) (日数) (特別給与率) 円 × × = 円 (2) 規則16-3第19条の6第1項ただし書による額 円 (3) 規則16-3第19条の6第2項に該当する場合 (平均給与額) (年金額) 円 × $\frac{80}{100} \times 365 -$ 円 = 円 補償法第14条の規定により支給額が制限される場合 傷病特別給付金支給申請額 円
13 添付する書類その他の資料名	
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日 傷病補償年金 円
	令和 年 月 日 年額 傷病特別給付金 円

- 注1 請求(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。  
 2 「7(傷病の名称、部位及びその状態)」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書のとおり」と記入すること。  
 3 この請求(申請)書には、平均給与額算定書、傷病等級の決定に必要な医師の診断書並びに特別給与率の算定の基礎を明らかにすることができる書類その他の書類及び資料を添付すること。

国家公務員災害補償  
傷病補償年金請求書  
傷病特別給付金支給申請書

※年金証書の番号 第 号	
(実施機関の長の官職氏名)	請求(申請)年月日 令和 年 月 日 請求(申請)者の住所
下記の(傷病補償年金を請求)します。 傷病特別給付金の支給を申請	氏 名
1 (所属部局)	2 (氏名) 年 月 日生
3 (官職) <input type="checkbox"/> 常勤 ( <input type="checkbox"/> 非常勤 )	4 (負傷又は発病年月日) 令和 年 月 日
5 (傷病等級) 第 級	6 (傷病等級該当年月日) 令和 年 月 日
7 (傷病の名称、部位及びその状態)	
8 (既存障害とその程度)	
9 (日常生活の状態)	
10 (厚生年金保険) <input type="checkbox"/> の被保険者である。 被保険者証書等の記号番号 所轄年金事務所等 法等の適用 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	
11 傷病補償年金	通常の場合 (平均給与額) (日数) 円 × = 円 補償法第14条又は昭和41年改正法附則第8条の規定により支給額が制限又は調整される場合 傷病補償年金請求年額 円
12 傷病特別給付金	(1) (平均給与額) (日数) (特別給与率) 円 × × = 円 (2) 規則16-3第19条の6第1項ただし書による額 円 (3) 規則16-3第19条の6第2項に該当する場合 (平均給与額) (年金額) 円 × $\frac{80}{100} \times 365 -$ 円 = 円 補償法第14条の規定により支給額が制限される場合 傷病特別給付金支給申請額 円
13 添付する書類その他の資料名	
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日 傷病補償年金 円
	令和 年 月 日 年額 傷病特別給付金 円

- 注1 請求(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。  
 2 「7(傷病の名称、部位及びその状態)」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書のとおり」と記入すること。  
 3 この請求(申請)書には、平均給与額算定書、傷病等級の決定に必要な医師の診断書並びに特別給与率の算定の基礎を明らかにすることができる書類その他の書類及び資料を添付すること。

別紙第 1 1

国家公務員災害補償  
傷病補償年金変更請求書

(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日	令和	年	月	日
殿		年金証書の番号	第		第	号
下記のとおり、傷病等級に変更があったので、傷病補償年金の支給の決定を請求します。		請求者の住所				
		氏 名				
1	現在受けている傷病補償年金の傷病等級	第 級				
2	現在受けている傷病補償年金の支給が開始された年月	年 月				
3	障害の程度に変更があった年月日	令和 年 月 日				
4	傷病の名称、部位及びその状態					
5	変更後の傷病等級	第 級				
6	傷病補償年金の請求年額の計算	通常の場合	(平均給与額)	(日数)	円×	= 円
		補償法第14条又は昭和41年改正法附則第8条の規定により支給額が制限され又は調整される場合				
7	傷病補償年金請求年額	円				
8	添付する書類その他の資料名					
※受理		令和 年 月 日	※決定	令和 年 月 日	※決定年額 円	

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「4 傷病の名称、部位及びその状態」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 この請求書には、障害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の傷病等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

別紙第 1 1

国家公務員災害補償  
傷病補償年金変更請求書

(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日	令和	年	月	日
殿		年金証書の番号	第		第	号
下記のとおり、傷病等級に変更があったので、傷病補償年金の支給の決定を請求します。		請求者の住所				
		氏 名				
1	現在受けている傷病補償年金の傷病等級	第 級				
2	現在受けている傷病補償年金の支給が開始された年月	年 月				
3	障害の程度に変更があった年月日	令和 年 月 日				
4	傷病の名称、部位及びその状態					
5	変更後の傷病等級	第 級				
6	傷病補償年金の請求年額の計算	通常の場合	(平均給与額)	(日数)	円×	= 円
		補償法第14条又は昭和41年改正法附則第8条の規定により支給額が制限され又は調整される場合				
7	傷病補償年金請求年額	円				
8	添付する書類その他の資料名					
※受理		令和 年 月 日	※決定	令和 年 月 日	※決定年額 円	

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「4 傷病の名称、部位及びその状態」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 この請求書には、障害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の傷病等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

国家公務員災害補償  
障害補償変更請求書

(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日 令和 年 月 日	
		年金証書の番号 第 号	
		請求者の住所	
----- 氏		----- 氏	
下記のとおり、障害等級に変更があったので、障害補償年金の支給の決定又は障害補償一時金の支給を請求します。			
1 現在受けている障害補償年金の障害等級	第 級		
2 現在受けている障害補償年金の支給が開始された年月	年 月		
3 障害の程度に変更があった年月日	令和 年 月 日		
4 障害の部位及びその程度			
5 変更後の障害等級	第 級		
6 障害補償年金の請求年額又は障害補償一時金の請求金額又は計算	通常の場合	(平均給与額) (日数) 円 × = 円	
7 障害補償年金請求年額一時金請求金額	円		
8 添付する書類その他の資料名			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	年額金額 円	

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。  
 2 「4 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。  
 3 この請求書には、障害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

国家公務員災害補償  
障害補償変更請求書

(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日 令和 年 月 日	
		年金証書の番号 第 号	
		請求者の住所	
----- 氏		----- 氏	
下記のとおり、障害等級に変更があったので、障害補償年金の支給の決定又は障害補償一時金の支給を請求します。			
1 現在受けている障害補償年金の障害等級	第 級		
2 現在受けている障害補償年金の支給が開始された年月	年 月		
3 障害の程度に変更があった年月日	令和 年 月 日		
4 障害の部位及びその程度			
5 変更後の障害等級	第 級		
6 障害補償年金の請求年額又は障害補償一時金の請求金額又は計算	通常の場合	(平均給与額) (日数) 円 × = 円	
7 障害補償年金請求年額一時金請求金額	円		
8 添付する書類その他の資料名			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	年額金額 円	

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。  
 2 「4 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。  
 3 この請求書には、障害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

国家公務員災害補償  
遺族補償年金支給停止申請書

(実施機関の長の官職氏名)	申請年月日 令和 年 月 日			
	申請者の 年金証書の番号 .....第.....号			
.....殿 下記の所在不明者に係る遺族補償年金の 支給停止を申請します。	住所 .....			
	氏名 .....			
	生年月日 .....年.....月.....日			
	所在不明者との 続柄			
1 年金証書の番号 .....第.....号 所 氏名 ..... 在 最後の住所 .....	所在不明とな った年月日 .....令和.....年.....月.....日			
	所在不明の事由			
	2 申 請 者 の 同 順 位 者	氏名	住所	年金証書の番号 第.....号
				第.....号
			第.....号	
			第.....号	
			第.....号	
3 添付する書類その他の資料名				
※受理 令和 年 月 日 ※決定 令和 年 月 日 ※決定内容 令和 年 月分から停止				

注 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。

2 「1 所在不明者」の年金証書の番号欄は、その番号が不明のときは記入する必要はない。

3 この申請書には、所在不明となった者の所在が1年以上明らかでないことを証明する書類を添付すること。

国家公務員災害補償  
遺族補償年金支給停止申請書

(実施機関の長の官職氏名)	申請年月日 令和 年 月 日			
	申請者の 年金証書の番号 .....第.....号			
.....殿 下記の所在不明者に係る遺族補償年金の 支給停止を申請します。	住所 .....			
	氏名 .....			
	生年月日 .....年.....月.....日			
	所在不明者との 続柄			
1 年金証書の番号 .....第.....号 所 氏名 ..... 在 最後の住所 .....	所在不明とな った年月日 .....令和.....年.....月.....日			
	所在不明の事由			
	2 申 請 者 の 同 順 位 者	氏名	住所	年金証書の番号 第.....号
				第.....号
			第.....号	
			第.....号	
			第.....号	
3 添付する書類その他の資料名				
※受理 令和 年 月 日 ※決定 令和 年 月 日 ※決定内容 令和 年 月分から停止				

注 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。

2 「1 所在不明者」の年金証書の番号欄は、その番号が不明のときは記入する必要はない。

3 この申請書には、所在不明となった者の所在が1年以上明らかでないことを証明する書類を添付すること。

別紙第15

国家公務員災害補償  
遺族補償年金支給停止解除申請書

(実施機関の長の官職氏名)	申請年月日 令和 年 月 日	
	申請者の 年金証書の番号 第 _____号 住 所 _____ .....殿 下記のとおり遺族補償年金の支給停止の解除 氏 名 _____ を申請します。	
支給停止となった年月	年 月	
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※決定内容 令和 年 月分から解除

注 申請者は、※印の欄には記入しないこと。

別紙第15

国家公務員災害補償  
遺族補償年金支給停止解除申請書

(実施機関の長の官職氏名)	申請年月日 令和 年 月 日	
	申請者の 年金証書の番号 第 _____号 住 所 _____ .....殿 下記のとおり遺族補償年金の支給停止の解除 氏 名 _____ を申請します。	
支給停止となった年月	年 月	
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※決定内容 令和 年 月分から解除

注 申請者は、※印の欄には記入しないこと。



国家公務員災害補償  
行方不明補償請求書

		請求回数		第	回
(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日		令和	年 月 日
..... 殿		請求者の住所		.....	
下記の行方不明補償を請求します。		氏名		.....	
		行方不明職員との続柄又は関係		.....	
1	(所属部局)	氏名		(氏名)	
行方不明職員に関する事項	(官職) <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 ( )	年 月 日生			
2 行方不明補償請求期間		令和 年 月 日から 日間		令和 年 月 日まで	
3	氏名	生年月日	住所	行方不明職員との続柄又は関係	
行方不明補償を受けることができる被扶養者					
4 行方不明補償請求金額の計算		(平均給与額)	$\text{円} \times \frac{1}{\text{(請求者の数)}} = \text{円}$	(請求日数)	$\text{円} \times = \text{円}$
5 行方不明補償請求金額		円			
※	行方不明の期間	行方不明となった原因	死亡の確認		
6	令和 年 月 日から		<input type="checkbox"/> 確認		
所属官署等の長の証明	令和 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 未確認		
	上記のとおりであると認めます。				
	令和 年 月 日	所在地	.....		
	所属官署又は所属事務所の	名称	.....		
		長の官職氏名	.....		
添付書類		枚			
※受理	令和 年 月 日	※決定	令和 年 月 日	※支払	令和 年 月 日
				※決定金額	円

注1 請求者は、※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。  
 2 この請求書には、平均給与額算定書を添付すること。ただし、第2回目以後の請求において平均給与額に変更がない場合は、平均給与額算定書を添付しなくてよい。  
 3 この請求書には、請求者が人事院規則16-2（在外公館に勤務する職員、船員である職員等に係る災害補償の特例）第8条第3項に該当する者であることを証明する書類を添付すること。ただし、第2回目以後の請求において行方不明補償を受けようとする者に変更がない場合は、当該書類を添付しなくてよい。

国家公務員災害補償  
行方不明補償請求書

		請求回数		第	回
(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日		令和	年 月 日
..... 殿		請求者の住所		.....	
下記の行方不明補償を請求します。		氏名		.....	
		行方不明職員との続柄又は関係		.....	
1	(所属部局)	氏名		(氏名)	
行方不明職員に関する事項	(官職) <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 ( )	年 月 日生			
2 行方不明補償請求期間		令和 年 月 日から 日間		令和 年 月 日まで	
3	氏名	生年月日	住所	行方不明職員との続柄又は関係	
行方不明補償を受けることができる被扶養者					
4 行方不明補償請求金額の計算		(平均給与額)	$\text{円} \times \frac{1}{\text{(請求者の数)}} = \text{円}$	(請求日数)	$\text{円} \times = \text{円}$
5 行方不明補償請求金額		円			
※	行方不明の期間	行方不明となった原因	死亡の確認		
6	令和 年 月 日から		<input type="checkbox"/> 確認		
所属官署等の長の証明	令和 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 未確認		
	上記のとおりであると認めます。				
	令和 年 月 日	所在地	.....		
	所属官署又は所属事務所の	名称	.....		
		長の官職氏名	.....		
添付書類		枚			
※受理	令和 年 月 日	※決定	令和 年 月 日	※支払	令和 年 月 日
				※決定金額	円

注1 請求者は、※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。  
 2 この請求書には、平均給与額算定書を添付すること。ただし、第2回目以後の請求において平均給与額に変更がない場合は、平均給与額算定書を添付しなくてよい。  
 3 この請求書には、請求者が人事院規則16-2（在外公館に勤務する職員、船員である職員等に係る災害補償の特例）第8条第3項に該当する者であることを証明する書類を添付すること。ただし、第2回目以後の請求において行方不明補償を受けようとする者に変更がない場合は、当該書類を添付しなくてよい。

国家公務員災害補償  
障害補償年金差額一時金請求書  
障害差額特別給付金支給申請書

1号紙

(実施機関の長の官職氏名)		請求(申請)年月日 令和 年 月 日	
..... 殿		請求(申請)者の住所	
..... 殿		氏 名	
下記の( ) 障害補償年金差額一時金を請求 障害差額特別給付金の支給を申請) します。		死亡職員との続柄	
1 死亡職員 に関する 事項	(所属部署)	(氏 名)	
	(官職) <input type="checkbox"/> 常 勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤	(死亡年月日) 令和 年 月 日	年 月 日生
	(死亡時の障害等級) 第 級	(年金証書の番号)	
	(既存障害とその程度)	第 号	
2 受給権者に 関する事項	氏 名	死亡職員との続柄	
3 障害補償年金差額一時金 (平均給与額) (D)			
( 円 × 日分 - 円) × $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}}$ = 円			
(障害補償年金差額一時金請求額)			
円			
4 障害差額特別給付金 (平均給与額) (特別給付率) (G)			
(1) ( 円 × 日分 × 円) × $\frac{1}{\text{(申請者の数)}}$ = 円			
(2) 規則16-3第19条の13第1項又は第2項の規定に基づき150万円を基礎として算定した額			
円			
(障害差額特別給付金支給申請額)			
円			
5 添付する書類その他の資料名			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定 金額
障害補償年金差額一時金 円		障害差額特別給付金 円	

注1 請求(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。

2 「(既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害を加重した場合に記入するものとし、特に既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。

3 この請求(申請)書には、平均給与額算定書及び特別給付率の算定の基礎を明らかにすることができる書類を添付すること。

国家公務員災害補償  
障害補償年金差額一時金請求書  
障害差額特別給付金支給申請書

1号紙

(実施機関の長の官職氏名)		請求(申請)年月日 令和 年 月 日	
..... 殿		請求(申請)者の住所	
..... 殿		氏 名	
下記の( ) 障害補償年金差額一時金を請求 障害差額特別給付金の支給を申請) します。		死亡職員との続柄	
1 死亡職員 に関する 事項	(所属部署)	(氏 名)	
	(官職) <input type="checkbox"/> 常 勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤	(死亡年月日) 令和 年 月 日	年 月 日生
	(死亡時の障害等級) 第 級	(年金証書の番号)	
	(既存障害とその程度)	第 号	
2 受給権者に 関する事項	氏 名	死亡職員との続柄	
3 障害補償年金差額一時金 (平均給与額) (D)			
( 円 × 日分 - 円) × $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}}$ = 円			
(障害補償年金差額一時金請求額)			
円			
4 障害差額特別給付金 (平均給与額) (特別給付率) (G)			
(1) ( 円 × 日分 × 円) × $\frac{1}{\text{(申請者の数)}}$ = 円			
(2) 規則16-3第19条の13第1項又は第2項の規定に基づき150万円を基礎として算定した額			
円			
(障害差額特別給付金支給申請額)			
円			
5 添付する書類その他の資料名			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定 金額
障害補償年金差額一時金 円		障害差額特別給付金 円	

注1 請求(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。

2 「(既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害を加重した場合に記入するものとし、特に既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。

3 この請求(申請)書には、平均給与額算定書及び特別給付率の算定の基礎を明らかにすることができる書類を添付すること。

氏名

6 既に支給された障害補償年金又は障害補償年金前払一時金の計算			
障害補償年金が支給されていた場合			
支給月の属する年度	支給された年金額(A) (平均給与額) × (日数)	人事院が定める率(B)	(A) × (B)
年度	円		円
計			円(C)
障害補償年金前払一時金が支給されていた場合			
支給年月日	支給された前払一時金の額(A')	人事院が定める率(B')	(A') × (B')
年 月 日	円		円(C')
総計(C) + (C')			円(D)
7 既に支給された障害差額特別給付金の計算			
支給月の属する年度	支給された障害特別給付金(年金)の額(E) (平均給与額) × (日数) × (特別給与率)	人事院が定める率(F)	(E) × (F)
年度	円		円
計			円(G)

氏名

6 既に支給された障害補償年金又は障害補償年金前払一時金の計算			
障害補償年金が支給されていた場合			
支給月の属する年度	支給された年金額(A) (平均給与額) × (日数)	人事院が定める率(B)	(A) × (B)
年度	円		円
計			円(C)
障害補償年金前払一時金が支給されていた場合			
支給年月日	支給された前払一時金の額(A')	人事院が定める率(B')	(A') × (B')
年 月 日	円		円(C')
総計(C) + (C')			円(D)
7 既に支給された障害差額特別給付金の計算			
支給月の属する年度	支給された障害特別給付金(年金)の額(E) (平均給与額) × (日数) × (特別給与率)	人事院が定める率(F)	(E) × (F)
年度	円		円
計			円(G)

国家公務員災害補償  
障害補償年金前払一時金請求書

(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日 令和 年 月 日			
		請求者の住所 .....			
下記の障害補償年金前払一時金を請求します。		氏 名 .....			
		1 (障害等級) 第 級		2 (既存障害とその程度)	
3 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の額		□障害補償年金前払一時金の限度額 <input type="checkbox"/> 1, 200日分 <input type="checkbox"/> 1, 000日分 <input type="checkbox"/> 800日分 <input type="checkbox"/> 600日分 <input type="checkbox"/> 400日分 <input type="checkbox"/> 200日分 平均給与額の ..... に相当する額			
4 障害補償年金前払一時金の請求額		(1) 限度額を選択した場合 ..... 円 ----- (2) 限度額以外を選択した場合 (平均給与額) 円 × 日分 = ..... 円			
5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額		年 月分から 年 月分まで ..... 円			
6 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日		年 月 日			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円		

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。  
 2 「2 (既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害を加重した場合に記入するものとし、特に既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。  
 3 「3 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の額」の欄については、請求者が選択する□にレ印を記入すること。  
 4 「5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額」及び「6 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日」の欄には、障害補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。

国家公務員災害補償  
障害補償年金前払一時金請求書

(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日 令和 年 月 日			
		請求者の住所 .....			
下記の障害補償年金前払一時金を請求します。		氏 名 .....			
		1 (障害等級) 第 級		2 (既存障害とその程度)	
3 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の額		□障害補償年金前払一時金の限度額 <input type="checkbox"/> 1, 200日分 <input type="checkbox"/> 1, 000日分 <input type="checkbox"/> 800日分 <input type="checkbox"/> 600日分 <input type="checkbox"/> 400日分 <input type="checkbox"/> 200日分 平均給与額の ..... に相当する額			
4 障害補償年金前払一時金の請求額		(1) 限度額を選択した場合 ..... 円 ----- (2) 限度額以外を選択した場合 (平均給与額) 円 × 日分 = ..... 円			
5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額		年 月分から 年 月分まで ..... 円			
6 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日		年 月 日			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円		

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。  
 2 「2 (既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害を加重した場合に記入するものとし、特に既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。  
 3 「3 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の額」の欄については、請求者が選択する□にレ印を記入すること。  
 4 「5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額」及び「6 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日」の欄には、障害補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。

国家公務員災害補償  
遺族補償年金前払一時金請求書

(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日 令和 年 月 日	
		請求者(代表者)の 住 所 .....	
.....		職 氏 名 .....	
下記の遺族補償年金前払一時金を請求します。		死亡職員との続柄	
1 請求者(代表者)が選択する遺族補償年金前払一時金の額	<input type="checkbox"/> 1,000日分(□1,080日分) <input type="checkbox"/> 800日分 平均給与額の <input type="checkbox"/> 600日分 に相当する額 <input type="checkbox"/> 400日分 <input type="checkbox"/> 200日分		
2 遺族補償年金前払一時金の請求額	(平均給与額) 円× 日分× $\frac{1}{\text{請求者の数}}$ = 円		
3 遺族補償年金前払一時金の請求額の合計額	(2の請求額) (請求者の数) 円× = 円		
4 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額	年 月分 から 年 月分 まで 円		
5 遺族補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日		
(代表者の氏名) .....を代表者として、遺族補償年金前払一時金の請求及び受領を委任します。			
請求者の	住 所	氏 名	死亡職員との続柄
同順位者			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円

注1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。

2 「1\_請求者(代表者)が選択する遺族補償年金前払一時金の額」の欄については、請求者(代表者)が選択する□にレ印を記入すること。

3 「4 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額」及び「5 遺族補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日」の欄には、遺族補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。

国家公務員災害補償  
遺族補償年金前払一時金請求書

(実施機関の長の官職氏名)		請求年月日 令和 年 月 日	
		請求者(代表者)の 住 所 .....	
.....		職 氏 名 .....	
下記の遺族補償年金前払一時金を請求します。		死亡職員との続柄	
1 請求者(代表者)が選択する遺族補償年金前払一時金の額	<input type="checkbox"/> 1,000日分(□1,080日分) <input type="checkbox"/> 800日分 平均給与額の <input type="checkbox"/> 600日分 に相当する額 <input type="checkbox"/> 400日分 <input type="checkbox"/> 200日分		
2 遺族補償年金前払一時金の請求額	(平均給与額) 円× 日分× $\frac{1}{\text{請求者の数}}$ = 円		
3 遺族補償年金前払一時金の請求額の合計額	(2の請求額) (請求者の数) 円× = 円		
4 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額	年 月分 から 年 月分 まで 円		
5 遺族補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日		
(代表者の氏名) .....を代表者として、遺族補償年金前払一時金の請求及び受領を委任します。			
請求者の	住 所	氏 名	死亡職員との続柄
同順位者			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円

注1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。

2 「1\_請求者(代表者)が選択する遺族補償年金前払一時金の額」の欄については、請求者(代表者)が選択する□にレ印を記入すること。

3 「4 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額」及び「5 遺族補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日」の欄には、遺族補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。

国家公務員災害補償  
未支給の補償請求書  
未支給の福祉事業支給申請書

(実施機関の長の官職氏名)		請求(申請)年月日 令和 年 月 日	
下記の(未支給の補償)を 金銭給付を内容とする未支給の福祉事業の支給 (請求) します。 (申請)		請求(申請)者の住所  氏名 死亡した(受給権者)との続柄	
1	氏名	令和 年 月 日	
	死亡した	令和 年 月 日	
	受給権者	年金証書の番号	第 号
2	種 類	金 額	
	未支給の補償	円	
(未支給の補償の請求金額)		円	
3	種 類	金 額	
	金銭給付を 内容とする 未支給の 福祉事業	円	
(未支給の福祉事業の支給申請金額)		円	
4 添付する書類その他の資料名			
※受理	※決定	※支払	※決定 補償 円
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	金額 福祉事業 円

注1 請求(申請)者は、※印の欄には記入しないこと。

2 この請求(申請)書には、死亡した受給権者の死亡を証明する書類その他必要な書類を添付すること。

国家公務員災害補償  
未支給の補償請求書  
未支給の福祉事業支給申請書

(実施機関の長の官職氏名)		請求(申請)年月日 令和 年 月 日	
下記の(未支給の補償)を 金銭給付を内容とする未支給の福祉事業の支給 (請求) します。 (申請)		請求(申請)者の住所  氏名 死亡した(受給権者)との続柄	
1	氏名	令和 年 月 日	
	死亡した	令和 年 月 日	
	受給権者	年金証書の番号	第 号
2	種 類	金 額	
	未支給の補償	円	
(未支給の補償の請求金額)		円	
3	種 類	金 額	
	金銭給付を 内容とする 未支給の 福祉事業	円	
(未支給の福祉事業の支給申請金額)		円	
4 添付する書類その他の資料名			
※受理	※決定	※支払	※決定 補償 円
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	金額 福祉事業 円

注1 請求(申請)者は、※印の欄には記入しないこと。

2 この請求(申請)書には、死亡した受給権者の死亡を証明する書類その他必要な書類を添付すること。

福祉事業申請書

(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日 令和 年 月 日	
(申請者の住所)			
殿 (氏名) (生年月日) 年 月 日生 下記の福祉事業を受けたいので申請します。			
1 (所属部署)		3 (傷病名)	
		4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日	
2 (官職)		(傷病等級談)	
<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		5 当又は治癒の年月日) 年 月 日	
		6 (補償の種類)	
		<input type="checkbox"/> 傷病補償年金(傷病等級 第 級第 号) <input type="checkbox"/> 障害補償(障害等級 第 級第 号)	
7 福祉事業の種類	<input type="checkbox"/> 外科後処置 <input type="checkbox"/> 補装具( <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 再支給 <input type="checkbox"/> 修理) <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> アフターケア <input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス (口旅行費)		
8 内容及び理由			
9 希望する期間	令和 年 月 日から 日 間 令和 年 月 日まで		
10 希望する施設、事業者等の名称及びその所在地			
※令和 年 月 日受理	※令和 年 月 日承認 不承認	決定	※令和 年 月 日通知
			添付書類 枚

- 注 1 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。  
 2 「8内容及び理由」の欄には、当該福祉事業に要する金額を予定できる場合にその予定額も記入すること。  
 3 「9希望する期間」の欄には、リハビリテーション又はホームヘルプサービスを受けようとする場合に記入すること。  
 4 外科後処置、リハビリテーション又はアフターケアを申請する場合には、人事院規則16-4(補償及び福祉事業の実施)第21条第1項の定めるところにより、必要な書類を添付すること。

福祉事業申請書

(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日 令和 年 月 日	
(申請者の住所)			
殿 (氏名) (生年月日) 年 月 日生 下記の福祉事業を受けたいので申請します。			
1 (所属部署)		3 (傷病名)	
		4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日	
2 (官職)		(傷病等級談)	
<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		5 当又は治癒の年月日) 年 月 日	
		6 (補償の種類)	
		<input type="checkbox"/> 傷病補償年金(傷病等級 第 級第 号) <input type="checkbox"/> 障害補償(障害等級 第 級第 号)	
7 福祉事業の種類	<input type="checkbox"/> 外科後処置 <input type="checkbox"/> 補装具( <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 再支給 <input type="checkbox"/> 修理) <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> アフターケア <input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス (口旅行費)		
8 内容及び理由			
9 希望する期間	令和 年 月 日から 日 間 令和 年 月 日まで		
10 希望する施設、事業者等の名称及びその所在地			
※令和 年 月 日受理	※令和 年 月 日承認 不承認	決定	※令和 年 月 日通知
			添付書類 枚

- 注 1 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。  
 2 「8内容及び理由」の欄には、当該福祉事業に要する金額を予定できる場合にその予定額も記入すること。  
 3 「9希望する期間」の欄には、リハビリテーション又はホームヘルプサービスを受けようとする場合に記入すること。  
 4 外科後処置、リハビリテーション又はアフターケアを申請する場合には、人事院規則16-4(補償及び福祉事業の実施)第21条第1項の定めるところにより、必要な書類を添付すること。

外科後処置費用支給申請書

1号紙

(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日	令和 年 月 日
-----費 下記の外科後処置費用の支給を受けたいので 申請します。		(申請者の住所) ----- (氏 名)	
1 (所属部署)		8 (生年月日) 年 月 日生	
2 (官職) <input type="checkbox"/> 常勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤		4 福祉事業の実施の承認年月日 令和 年 月 日	
※5 医 師 等 の 証 明	薬 剤 (薬名及び使用量)	円	
	治療材料 (材料及び数量)	円	
	温泉療法 (期間)	円	
	<input type="checkbox"/> マッサージ (期間及び回数) <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きょう	円	
	その他	円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 ----- 病院又は診療所等の {所在地 名 称 医師等の氏名			
6 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (内訳は、「10訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 (看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	円	
7 移送費	(交通費) から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 (その他の移送費)	円	
8 日 当	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	円	
9 外科後処置費用支給申請額		円	
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円
			添付書類 枚

- 注 1 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。  
2 「6看護料」及び「7移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。  
3 「5医師等の証明」欄の記入又は2号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師等又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよい。

外科後処置費用支給申請書

1号紙

(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日	令和 年 月 日
-----費 下記の外科後処置費用の支給を受けたいので 申請します。		(申請者の住所) ----- (氏 名)	
1 (所属部署)		8 (生年月日) 年 月 日生	
2 (官職) <input type="checkbox"/> 常勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤		4 福祉事業の実施の承認年月日 令和 年 月 日	
※5 医 師 等 の 証 明	薬 剤 (薬名及び使用量)	円	
	治療材料 (材料及び数量)	円	
	温泉療法 (期間)	円	
	<input type="checkbox"/> マッサージ (期間及び回数) <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きょう	円	
	その他	円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 ----- 病院又は診療所等の {所在地 名 称 医師等の氏名			
6 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (内訳は、「10訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 (看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	円	
7 移送費	(交通費) から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 (その他の移送費)	円	
8 日 当	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	円	
9 外科後処置費用支給申請額		円	
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円
			添付書類 枚

- 注 1 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。  
2 「6看護料」及び「7移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。  
3 「5医師等の証明」欄の記入又は2号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師等又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよい。

※10 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)	
傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 訪問看護の回数 回	
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日	年 月 日
		主治医への直近報告年月日	年 月 日
	円× 回	訪問日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	円		
管理初日	円		
療養費 2回目以降	円		
情報提供療養費	円	提供した情報の概要 情報提供先の市(区)町村の名称	
ゲームルック療養費	円	(備考)	
死亡年月日	年 月 日		
合計	円		
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名 医療機関の名称 主治医氏名			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日 訪問看護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名			

※10 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)	
傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 訪問看護の回数 回	
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日	年 月 日
		主治医への直近報告年月日	年 月 日
	円× 回	訪問日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	円		
管理初日	円		
療養費 2回目以降	円		
情報提供療養費	円	提供した情報の概要 情報提供先の市(区)町村の名称	
ゲームルック療養費	円	(備考)	
死亡年月日	年 月 日		
合計	円		
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名 医療機関の名称 主治医氏名			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日 訪問看護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名			

## リハビリテーション費用支給申請書

(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日		令和 年 月 日	
殿		(申請者の住所)			
		氏 名			
下記のリハビリテーション費用の支給を受けたいので申請します。					
1 (所属部局)		3 (生年月日)			
		年 月 日生			
2 (官 職) <input type="checkbox"/> 常 勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤		4 福祉事業の実施の承認年月日		令和 年 月 日	
5 (傷病名)		6 治療年月日		令和 年 月 日	
		7 障害等級		第 級 第 号	
8 内 容		期 間		金 額 (円)	
				宿泊料 食事料 サービス料 訓練指導費 その他 計	
		年 月 日から 年 月 日まで			
		年 月 日から 年 月 日まで			
		年 月 日から 年 月 日まで			
リハビリテーション費用支給申請額		円			
9 利用施設名・所在地		(施設名) (所在地)			
※受理 令和 年 月 日		※決定 令和 年 月 日		※支払 令和 年 月 日	
				※決定金額 円	
				添付書類 枚	

- 注 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。  
 2 該当する口にレ印を記入すること。  
 3 この申請書には、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。

## リハビリテーション費用支給申請書

(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日		令和 年 月 日	
殿		(申請者の住所)			
		氏 名			
下記のリハビリテーション費用の支給を受けたいので申請します。					
1 (所属部局)		3 (生年月日)			
		年 月 日生			
2 (官 職) <input type="checkbox"/> 常 勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤		4 福祉事業の実施の承認年月日		令和 年 月 日	
5 (傷病名)		6 治療年月日		令和 年 月 日	
		7 障害等級		第 級 第 号	
8 内 容		期 間		金 額 (円)	
				宿泊料 食事料 サービス料 訓練指導費 その他 計	
		年 月 日から 年 月 日まで			
		年 月 日から 年 月 日まで			
		年 月 日から 年 月 日まで			
リハビリテーション費用支給申請額		円			
9 利用施設名・所在地		(施設名) (所在地)			
※受理 令和 年 月 日		※決定 令和 年 月 日		※支払 令和 年 月 日	
				※決定金額 円	
				添付書類 枚	

- 注 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。  
 2 該当する口にレ印を記入すること。  
 3 この申請書には、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。

アフターケア費用支給申請書

		申請 回数 第 回	
(実施機関の長の自署氏名) ..... 殿		申請年月日 令和 年 月 日	
ト記のアフターケア費用の支給を受けたいので申請します。		申請者の住所 氏 名 .....	
(アフターケア費用の受領委任) この申請書によるアフターケア費用の受領を.....に委任します。		氏 名 .....	
(委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この申請書によるアフターケア費用の支払を請求します。		請求者の住所 氏 名 .....	
1 (所属部局)	2 (官職) <input type="checkbox"/> 常勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤		
3 (後遺症等の症状)	4 (治療年月日) (障害等級) 第 級 第 号	年 月 日	
5 診 療 費	内訳は「11医師の証明」欄記載のとおり	円	
6 調 剤 費	内訳は「12薬剤師の証明」欄記載のとおり <input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「13訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円	
7 看 護 料	令和 年 月 日から 日間 (看護師の資格) 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
8 移 送 費	(交通費) から まで キロメ トル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 (その他の移送費)	円	
9 証明料その他		円	
10 アフターケア費用支給申請額		円	
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円
			添付書類 枚

- 注 1 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。
- 2 「(アフターケア費用の受領委任)」の欄には、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者にアフターケア費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 「7看護料」及び「8移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 4 「9証明料その他」の欄には、この申請書の証明等に要した費用等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師、薬剤師、訪問看護事業者等の証明書を添付してもよい。

アフターケア費用支給申請書

		申請 回数 第 回	
(実施機関の長の自署氏名) ..... 殿		申請年月日 令和 年 月 日	
ト記のアフターケア費用の支給を受けたいので申請します。		申請者の住所 氏 名 .....	
(アフターケア費用の受領委任) この申請書によるアフターケア費用の受領を.....に委任します。		氏 名 .....	
(委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この申請書によるアフターケア費用の支払を請求します。		請求者の住所 氏 名 .....	
1 (所属部局)	2 (官職) <input type="checkbox"/> 常勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤		
3 (後遺症等の症状)	4 (治療年月日) (障害等級) 第 級 第 号	年 月 日	
5 診 療 費	内訳は「11医師の証明」欄記載のとおり	円	
6 調 剤 費	内訳は「12薬剤師の証明」欄記載のとおり <input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「13訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円	
7 看 護 料	令和 年 月 日から 日間 (看護師の資格) 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
8 移 送 費	(交通費) から まで キロメ トル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 (その他の移送費)	円	
9 証明料その他		円	
10 アフターケア費用支給申請額		円	
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円
			添付書類 枚

- 注 1 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。
- 2 「(アフターケア費用の受領委任)」の欄には、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者にアフターケア費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 「7看護料」及び「8移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 4 「9証明料その他」の欄には、この申請書の証明等に要した費用等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した医師、薬剤師、訪問看護事業者等の証明書を添付してもよい。

※11 医師の証明		(患者氏名)	
診療時の症状			
診療期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間	診療実日数 日
診療費の内訳			金額(円)
診察	初診		
	再診		
投薬	内服		
	外用		
注射	皮下筋肉内		
	静脈内 その他		
処置	(処置名・回数等)		
検査	(検査名・回数等)		
画像診断	(画像診断名・回数等)		
その他			
入院	期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間
	基特	入院時基本診療料(入院料)	
	3 1	(室料・看護料・給食料)	
	食特		
	普2 2		
	特基		
	1 1	入院時医学管理料	
	食特		
	基1 1		
	他II 他		
寝・基			
衣I 他			
基II 3			
その他			
診療費の合計			円
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日		所在地	名称 医師氏名
病院又は診療所の			

※11 医師の証明		(患者氏名)	
診療時の症状			
診療期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間	診療実日数 日
診療費の内訳			金額(円)
診察	初診		
	再診		
投薬	内服		
	外用		
注射	皮下筋肉内		
	静脈内 その他		
処置	(処置名・回数等)		
検査	(検査名・回数等)		
画像診断	(画像診断名・回数等)		
その他			
入院	期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間
	基特	入院時基本診療料(入院料)	
	3 1	(室料・看護料・給食料)	
	食特		
	普2 2		
	特基		
	1 1	入院時医学管理料	
	食特		
	基1 1		
	他II 他		
寝・基			
衣I 他			
基II 3			
その他			
診療費の合計			円
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日		所在地	名称 医師氏名
病院又は診療所の			



※13 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)	
傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 訪問看護の回数 回	
基 本 療 養 費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日	年 月 日
		主治医への直近報告年月日	年 月 日
	円× 回	訪問日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	円		
管理 療養費	初日 2回目以降 回	円 円	
情報提供 療養費		円	提供した情報の概要 情報提供先の市(区)町村の名称
ゲームルック 療養費	死亡年月日 年 月 日	円	(備考)
合計		円	
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名 医療機関の名称 主治医氏名			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日 訪問看護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名			

※13 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)	
傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 訪問看護の回数 回	
基 本 療 養 費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日	年 月 日
		主治医への直近報告年月日	年 月 日
	円× 回	訪問日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	円		
管理 療養費	初日 2回目以降 回	円 円	
情報提供 療養費		円	提供した情報の概要 情報提供先の市(区)町村の名称
ゲームルック 療養費	死亡年月日 年 月 日	円	(備考)
合計		円	
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名 医療機関の名称 主治医氏名			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日 訪問看護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名			



## ホームヘルプサービス費用支給申請書

1号紙

		申請回数 第 回	
(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日 令和 年 月 日	
殿 ----- 下記のホームヘルプサービス費用の支給を受けた いので申請します。		申請者の住所 ----- 氏 名 -----	
(ホームヘルプサービス費用の受領委任)		この申請書によるホームヘルプサービス費用の受領を ----- に委任します。	
		氏 名 ----- 殿	
(委任に基づく支払請求)		上記委任に基づき、この申請書によるホームヘルプサービス費用の支払を請求します。	
		請求者の住所 ----- 氏 名 ----- 殿	
1 (所属部局)	2 (官職) <input type="checkbox"/> 常 勤 ( <input type="checkbox"/> 非常勤 )		
3 (福祉事業の実施の承認年月日)		令和 年 月 日	
4 (受けている補償の種類)		5 (年金証書の番号)	
<input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (第 級)		第 号	
<input type="checkbox"/> 障害補償年金 (第 級)			
6 申請に係る期間	令和 年 月 分		
7 介護人の賃金等	内訳は「11介護人の賃金等の証明」欄記載のとおり		円
8 紹介手数料等	内訳は「12介護人の紹介手数料等の証明」欄記載のとおり		円
9 介護事業者の費用	内訳は「13介護事業者の費用の証明」欄記載のとおり		円
10 ホームヘルプサービス費用支給申請額	円		
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円

注 1 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。

2 「(ホームヘルプサービス費用の受領委任)」の欄には、介護等を行った介護人、介護人の紹介を行った職業紹介所又は介護等の供与を行った介護事業者にホームヘルプサービス費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。

3 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した介護人、職業紹介所又は介護事業者の証明書を添付してもよい。

## ホームヘルプサービス費用支給申請書

1号紙

		申請回数 第 回	
(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日 令和 年 月 日	
殿 ----- 下記のホームヘルプサービス費用の支給を受けた いので申請します。		申請者の住所 ----- 氏 名 ----- 殿	
(ホームヘルプサービス費用の受領委任)		この申請書によるホームヘルプサービス費用の受領を ----- に委任します。	
		氏 名 ----- 殿	
(委任に基づく支払請求)		上記委任に基づき、この申請書によるホームヘルプサービス費用の支払を請求します。	
		請求者の住所 ----- 氏 名 ----- 殿	
1 (所属部局)	2 (官職) <input type="checkbox"/> 常 勤 ( <input type="checkbox"/> 非常勤 )		
3 (福祉事業の実施の承認年月日)		令和 年 月 日	
4 (受けている補償の種類)		5 (年金証書の番号)	
<input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (第 級)		第 号	
<input type="checkbox"/> 障害補償年金 (第 級)			
6 申請に係る期間	令和 年 月 分		
7 介護人の賃金等	内訳は「11介護人の賃金等の証明」欄記載のとおり		円
8 紹介手数料等	内訳は「12介護人の紹介手数料等の証明」欄記載のとおり		円
9 介護事業者の費用	内訳は「13介護事業者の費用の証明」欄記載のとおり		円
10 ホームヘルプサービス費用支給申請額	円		
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円

注 1 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。

2 「(ホームヘルプサービス費用の受領委任)」の欄には、介護等を行った介護人、介護人の紹介を行った職業紹介所又は介護等の供与を行った介護事業者にホームヘルプサービス費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。

3 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した介護人、職業紹介所又は介護事業者の証明書を添付してもよい。

※11 介護人の賃金等の証明			(介護等を受けた者の氏名)		
実施年月日	時間帯	介護等の種類	賃金額 (A)	申請者負担額 (B)	賃金請求額 (A)-(B)
1	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
2	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
3	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
4	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
5	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
6	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
7	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
8	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
9	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
10	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
11	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
12	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
13	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
14	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
15	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
賃金請求額の合計 (C)			円		
交 通 費					
年月日	経路 (交通機関)	金額	年月日	経路 (交通機関)	金額
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円	合 計 (D)		円
介護人の賃金等の合計額 (C) + (D) 円					
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">                 介護人の { 住 所 氏 名             </div>					

※11 介護人の賃金等の証明			(介護等を受けた者の氏名)		
実施年月日	時間帯	介護等の種類	賃金額 (A)	申請者負担額 (B)	賃金請求額 (A)-(B)
1	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
2	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
3	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
4	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
5	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
6	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
7	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
8	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
9	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
10	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
11	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
12	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
13	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
14	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
15	令和 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円
賃金請求額の合計 (C)			円		
交 通 費					
年月日	経路 (交通機関)	金額	年月日	経路 (交通機関)	金額
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円	合 計 (D)		円
介護人の賃金等の合計額 (C) + (D) 円					
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">                 介護人の { 住 所 氏 名             </div>					

※12 介護人の紹介手数料等の証明				(介護等を受けた者の氏名)				
実施年月日	時間帯	介護等の種類	紹介手数料	受付手数料	別添録帳記入欄料(含む)詳細	合計	介護人氏名	
1	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
2	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
3	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
4	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
5	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
6	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
7	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
8	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
9	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
10	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
11	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
12	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
13	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
14	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
15	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
介護人の紹介手数料等の合計							円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。								
令和 年 月 日								
職業紹介所の { 所在地 名称 代表者氏名								

※12 介護人の紹介手数料等の証明				(介護等を受けた者の氏名)				
実施年月日	時間帯	介護等の種類	紹介手数料	受付手数料	別添録帳記入欄料(含む)詳細	合計	介護人氏名	
1	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
2	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
3	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
4	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
5	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
6	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
7	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
8	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
9	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
10	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
11	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
12	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
13	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
14	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
15	令和 年 月 日 時~時 分~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円		
介護人の紹介手数料等の合計							円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。								
令和 年 月 日								
職業紹介所の { 所在地 名称 代表者氏名								

※13 介護事業者の費用の証明			(介護等を受けた者の氏名)				
実施年月日	時間帯	介護等の種類 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	賃金相当額		申請者負担額 (C)	請求額 (A)+(B)-(C)	
			(A)	介護等の供与を受けるのに必要な費用のうち賃金相当額以外の費用の内訳 (B)			
1	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
2	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
3	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
4	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
5	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
6	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
7	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
8	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
9	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
10	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
11	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
12	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
13	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
14	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
15	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
請求額の合計(D)						円	
介護人の交通費							
年月日	経路(交通機関)	金額	年月日	経路(交通機関)	金額		
		円			円		
		円			円		
		円			円		
		円			円		
		円			円		
		円			円		
		円			円		
		円	合計(E)		円		
介護事業者の費用の合計額(D)+(E)						円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。							
令和 年 月 日							
介護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名							

※13 介護事業者の費用の証明			(介護等を受けた者の氏名)				
実施年月日	時間帯	介護等の種類 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	賃金相当額		申請者負担額 (C)	請求額 (A)+(B)-(C)	
			(A)	介護等の供与を受けるのに必要な費用のうち賃金相当額以外の費用の内訳 (B)			
1	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
2	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
3	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
4	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
5	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
6	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
7	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
8	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
9	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
10	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
11	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
12	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
13	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
14	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
15	令和 年 月 日	時 分	円	円	円	円	
請求額の合計(D)						円	
介護人の交通費							
年月日	経路(交通機関)	金額	年月日	経路(交通機関)	金額		
		円			円		
		円			円		
		円			円		
		円			円		
		円			円		
		円			円		
		円			円		
		円	合計(E)		円		
介護事業者の費用の合計額(D)+(E)						円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。							
令和 年 月 日							
介護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名							

傷病特別支給金支給申請書

(実施機関の長の官職氏名) ..... 殿		申請年月日 令和 年 月 日	
..... 殿		申請者の住所	
下記の傷病特別支給金の支給を申請します。		氏 名	
1 (所属部局)	2 (官職) <input type="checkbox"/> 常勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤		
3 (負傷又は免責年月日) 令和 年 月 日	4 (傷病等級該当年月日) 令和 年 月 日		
5 (傷病等級) 第 級			
6 傷病特別支給金支給申請額の計算			
通 常 の 場 合		支 給 額 が 制 限 さ れ る 場 合	
(傷病特別支給金支給申請額) 円			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円

注 申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する口にレ印を記入すること。

傷病特別支給金支給申請書

(実施機関の長の官職氏名) ..... 殿		申請年月日 令和 年 月 日	
..... 殿		申請者の住所	
下記の傷病特別支給金の支給を申請します。		氏 名	
1 (所属部局)	2 (官職) <input type="checkbox"/> 常勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤		
3 (負傷又は免責年月日) 令和 年 月 日	4 (傷病等級該当年月日) 令和 年 月 日		
5 (傷病等級) 第 級			
6 傷病特別支給金支給申請額の計算			
通 常 の 場 合		支 給 額 が 制 限 さ れ る 場 合	
(傷病特別支給金支給申請額) 円			
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日	※決定金額 円

注 申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する口にレ印を記入すること。

別紙第31

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)		申請年月日 令和 年 月 日	
..... 殿		申請者の住所	
下記の(障害特別支給金)の支給を申請します。		..... 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	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
支給金 (障害特別支給金支給申請額) 円			
8 特 別	通 常 の 場 合	加 重 障 害 の 場 合	
援護金 (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	※支払 令和 年 月 日	※決定 金額
			特別支給金 円
			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。

別紙第31

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)		申請年月日 令和 年 月 日	
..... 殿		申請者の住所	
下記の(障害特別支給金)の支給を申請します。		..... 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	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
支給金 (障害特別支給金支給申請額) 円			
8 特 別	通 常 の 場 合	加 重 障 害 の 場 合	
援護金 (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	※支払 令和 年 月 日	※決定 金額
			特別支給金 円
			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。

遺族特別支給金  
支給申請書  
遺族特別援護金

(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日 令和 年 月 日	
申請(代表)者の住所		氏名	
下記の「遺族特別支給金」の支給を申請します。 「遺族特別援護金」		氏名	
1 死亡職員に関する事項			
(所属部局)		(氏名)	
(官職) <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	(死亡年月日) 令和 年 月 日	(災害の種類) <input type="checkbox"/> 公務上の災害 <input type="checkbox"/> 通勤による災害	
2 特別支給金及び特別援護金の支給を受けることができる遺族に関する事項			
氏名	生年月日	死亡職員との続柄又は関係	
3 遺族特別支給金支給申請額 円			
4 遺族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	※支払 令和 年 月 日	※決定 特別支給金 円
			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。

遺族特別支給金  
支給申請書  
遺族特別援護金

(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日 令和 年 月 日	
申請(代表)者の住所		氏名	
下記の「遺族特別支給金」の支給を申請します。 「遺族特別援護金」		氏名	
1 死亡職員に関する事項			
(所属部局)		(氏名)	
(官職) <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	(死亡年月日) 令和 年 月 日	(災害の種類) <input type="checkbox"/> 公務上の災害 <input type="checkbox"/> 通勤による災害	
2 特別支給金及び特別援護金の支給を受けることができる遺族に関する事項			
氏名	生年月日	死亡職員との続柄又は関係	
3 遺族特別支給金支給申請額 円			
4 遺族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	※支払 令和 年 月 日	※決定 特別支給金 円
			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。

奨学援護金支給申請書

(実施機関の長の官職氏名) _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日申請			
..... 殿			
奨学援護金の支給を受けたいので申請します。			
申請者の住所 _____			
氏 名 _____			
被災職員との続柄 _____			
1 被災職員に関する事項	(所属部署)	(負傷又は発病年月日) 年 ____ 月 ____ 日	
	(氏 名)	(傷病等級該当、治癒又は死亡の年月日) 年 ____ 月 ____ 日	
	(官 職) <input type="checkbox"/> 常勤 ( <input type="checkbox"/> 非常勤)	年 ____ 月 ____ 日	
2 (申請者の受けている補償の種類) <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (障害等級 ____ 第 ____ 級) <input type="checkbox"/> 遺族補償年金		3 (年金証書の番号) 第 ____ 号	
4 在学者等に関する事項			
氏 名			
生 年 月 日	年 ____ 月 ____ 日生	年 ____ 月 ____ 日生	年 ____ 月 ____ 日生
住 所			
申請者との続柄			
学校等の名称			
学校等の所在地			
学 年	第 ____ 学年	第 ____ 学年	第 ____ 学年
卒業等予定年月	年 ____ 月	年 ____ 月	年 ____ 月
申請月額	円 ____	円 ____	円 ____
※実施機関の承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
※受理 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	※決定 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	※決定金額 円 ____	※通知 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
			添付書類 枚

注 申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する口にレ印を記入すること。

奨学援護金支給申請書

(実施機関の長の官職氏名) _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日申請			
..... 殿			
奨学援護金の支給を受けたいので申請します。			
申請者の住所 _____			
氏 名 _____			
被災職員との続柄 _____			
1 被災職員に関する事項	(所属部署)	(負傷又は発病年月日) 年 ____ 月 ____ 日	
	(氏 名)	(傷病等級該当、治癒又は死亡の年月日) 年 ____ 月 ____ 日	
	(官 職) <input type="checkbox"/> 常勤 ( <input type="checkbox"/> 非常勤)	年 ____ 月 ____ 日	
2 (申請者の受けている補償の種類) <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (障害等級 ____ 第 ____ 級) <input type="checkbox"/> 遺族補償年金		3 (年金証書の番号) 第 ____ 号	
4 在学者等に関する事項			
氏 名			
生 年 月 日	年 ____ 月 ____ 日生	年 ____ 月 ____ 日生	年 ____ 月 ____ 日生
住 所			
申請者との続柄			
学校等の名称			
学校等の所在地			
学 年	第 ____ 学年	第 ____ 学年	第 ____ 学年
卒業等予定年月	年 ____ 月	年 ____ 月	年 ____ 月
申請月額	円 ____	円 ____	円 ____
※実施機関の承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
※受理 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	※決定 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	※決定金額 円 ____	※通知 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
			添付書類 枚

注 申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する口にレ印を記入すること。

## 就労保育援護金支給申請書

(実施機関の長の官職氏名)		令和 年 月 日申請	
<p>-----  <small>展</small>          就労保育援護金の支給を受けたいので申請します。          申請者の住所 -----          氏 名 -----          被災職員との続柄 -----</p>			
1 被災職員に関する事項	(所属部局)	(負傷又は発病年月日) 年 月 日	
	(氏 名)	(傷病等級該当、治癒又は死亡の) 年月日	
	(官 職) <input type="checkbox"/> 常 勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤	年 月 日	
2 (申請者の受けている補償の種類) <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (障害等級 第 級) <input type="checkbox"/> 遺族補償年金		3 (年金証書の番号) 第 号	
4 就労している者に関する事項			
就労している者の氏名		生 年 月 日	年 月 日生
就労している者の住所		申 請 者 と の 続 柄	
就労している会社等の名称・所在地			
5 保育児に関する事項			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)
住 所			
申請者との続柄			
保育所等の名称			
保育所等の所在地			
申 請 月 額	円	円	円
※実施機関の承認	<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不承認
※受理	※決 定	※決定金額	※通知
令和 年 月 日	令和 年 月 日	円	令和 年 月 日
		添付書類	枚

注 申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する口にレ印を記入すること。

## 就労保育援護金支給申請書

(実施機関の長の官職氏名)		令和 年 月 日申請	
<p>-----  <small>展</small>          就労保育援護金の支給を受けたいので申請します。          申請者の住所 -----          氏 名 -----          被災職員との続柄 -----</p>			
1 被災職員に関する事項	(所属部局)	(負傷又は発病年月日) 年 月 日	
	(氏 名)	(傷病等級該当、治癒又は死亡の) 年月日	
	(官 職) <input type="checkbox"/> 常 勤 ( ) <input type="checkbox"/> 非常勤	年 月 日	
2 (申請者の受けている補償の種類) <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (障害等級 第 級) <input type="checkbox"/> 遺族補償年金		3 (年金証書の番号) 第 号	
4 就労している者に関する事項			
就労している者の氏名		生 年 月 日	年 月 日生
就労している者の住所		申 請 者 と の 続 柄	
就労している会社等の名称・所在地			
5 保育児に関する事項			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)
住 所			
申請者との続柄			
保育所等の名称			
保育所等の所在地			
申 請 月 額	円	円	円
※実施機関の承認	<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不承認
※受理	※決 定	※決定金額	※通知
令和 年 月 日	令和 年 月 日	円	令和 年 月 日
		添付書類	枚

注 申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する口にレ印を記入すること。

長期家族介護者援護金支給申請書

(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日 令和 年 月 日
氏 名		申請者の住所
下記の長期家族介護者援護金の支給を申請します。		生年月日 年 月 日 死亡した要介護年金受給権者との続柄
1 死亡した要介護年金受給権者に関する事項	氏 名	死亡年月日 令和 年 月 日
	年金の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金(第 級) 年金証書の番号 号 ・ 受給期間 <input type="checkbox"/> 障害補償年金(第 級) 年 月から	
	死亡の原因	
2 申請者に関する事項	所得税の納付状況 前年の所得について所得税の納付が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	申請者を扶養する者の状況 <input type="checkbox"/> 申請者を扶養する者がいない <input type="checkbox"/> 申請者を扶養する者がいるが、その者は前年の所得について所得税を納付していない
	規則16-0第29条に規定する障害の有無	
	障害(障害等級第7級又はそれに相当する程度以上)が <input type="checkbox"/> あ る <input type="checkbox"/> な い	
3 申請額	円	
※4 死亡した要介護年金受給権者に係る障害の部位・程度 <input type="checkbox"/> 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第1級) <input type="checkbox"/> 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し(有し)、随時介護を要するもの(第2級) <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第1級) <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し(有し)、随時介護を要するもの(第2級) 傷病等級第1級若しくは第2級又は障害等級第1級若しくは第2級に最初に該当することになった日 年 月 日		
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日 ※決定金額 円

注1 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。  
 注2 この申請書には、人事院規則16-4(補償及び福祉事業の実施)第24条の2第1項に定めるところにより必要な書類を添付すること。

長期家族介護者援護金支給申請書

(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日 令和 年 月 日
氏 名		申請者の住所
下記の長期家族介護者援護金の支給を申請します。		生年月日 年 月 日 死亡した要介護年金受給権者との続柄
1 死亡した要介護年金受給権者に関する事項	氏 名	死亡年月日 令和 年 月 日
	年金の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金(第 級) 年金証書の番号 号 ・ 受給期間 <input type="checkbox"/> 障害補償年金(第 級) 年 月から	
	死亡の原因	
2 申請者に関する事項	所得税の納付状況 前年の所得について所得税の納付が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	申請者を扶養する者の状況 <input type="checkbox"/> 申請者を扶養する者がいない <input type="checkbox"/> 申請者を扶養する者がいるが、その者は前年の所得について所得税を納付していない
	規則16-0第29条に規定する障害の有無	
	障害(障害等級第7級又はそれに相当する程度以上)が <input type="checkbox"/> あ る <input type="checkbox"/> な い	
3 申請額	円	
※4 死亡した要介護年金受給権者に係る障害の部位・程度 <input type="checkbox"/> 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第1級) <input type="checkbox"/> 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し(有し)、随時介護を要するもの(第2級) <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第1級) <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し(有し)、随時介護を要するもの(第2級) 傷病等級第1級若しくは第2級又は障害等級第1級若しくは第2級に最初に該当することになった日 年 月 日		
※受理 令和 年 月 日	※決定 令和 年 月 日	※支払 令和 年 月 日 ※決定金額 円

注1 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。  
 注2 この申請書には、人事院規則16-4(補償及び福祉事業の実施)第24条の2第1項に定めるところにより必要な書類を添付すること。

国家公務員災害補償  
療養の現状報告書  
障害

(記入注意) 1 療養、障害についてはいずれかを○で囲むこと。 2 5の欄の記入に当たっては、最近1年間について記入すること。 3 報告者は9の医師の証明欄には記入しないこと。 4 障害の現状を報告する場合には医師の証明を要しない。					
(実施機関の長の官職氏名) 令和 年 月 日 ..... 殿 療養 下記のとおり 障害の現状を報告します。 報告者の住所 ..... ..... ..... 氏 名 .....					
1	負傷又は発病の年月日	2	療養開始の年月日	3	障害補償年金支給開始年月及び年金証書番号
	年 月 日		年 月 日		年 月 第 号
4	傷病名又は障害等級				
5	傷病の経過又は障害の状況				
6	日常生活の概況				
7	年金の種類 (障害等級第 級)	年金の年額	年金証書の記 号 番号	支給開始年月	所轄年金事務 所等
	公的年金の受給関係				
8	添付する書類その他の資料名				

(表面)

国家公務員災害補償  
療養の現状報告書  
障害

(記入注意) 1 療養、障害についてはいずれかを○で囲むこと。 2 5の欄の記入に当たっては、最近1年間について記入すること。 3 報告者は9の医師の証明欄には記入しないこと。 4 障害の現状を報告する場合には医師の証明を要しない。					
(実施機関の長の官職氏名) 令和 年 月 日 ..... 殿 療養 下記のとおり 障害の現状を報告します。 報告者の住所 ..... ..... ..... 氏 名 .....					
1	負傷又は発病の年月日	2	療養開始の年月日	3	障害補償年金支給開始年月及び年金証書番号
	年 月 日		年 月 日		年 月 第 号
4	傷病名又は障害等級				
5	傷病の経過又は障害の状況				
6	日常生活の概況				
7	年金の種類 (障害等級第 級)	年金の年額	年金証書の記 号 番号	支給開始年月	所轄年金事務 所等
	公的年金の受給関係				
8	添付する書類その他の資料名				

(表面)

9 医師の証明	(裏面)		
(イ) 傷病又は障害の種類			
(ロ) 傷病の経過及び治療方法の概要			
(ハ) 傷病又は障害の現状			
(ニ) 今後の見込み			
(報告者の氏名)			
..... については上記のとおりであると認めます。 令和 年 月 日			
<table border="1"> <tr> <td>病院又は診療所の</td> <td>                 {所在地 名称 医師氏名             </td> </tr> </table>	病院又は診療所の	{所在地 名称 医師氏名	
病院又は診療所の	{所在地 名称 医師氏名		

9 医師の証明	(裏面)		
(イ) 傷病又は障害の種類			
(ロ) 傷病の経過及び治療方法の概要			
(ハ) 傷病又は障害の現状			
(ニ) 今後の見込み			
(報告者の氏名)			
..... については上記のとおりであると認めます。 令和 年 月 日			
<table border="1"> <tr> <td>病院又は診療所の</td> <td>                 {所在地 名称 医師氏名             </td> </tr> </table>	病院又は診療所の	{所在地 名称 医師氏名	
病院又は診療所の	{所在地 名称 医師氏名		

国家公務員災害補償  
遺族の現状報告書

令和 年 月 日

(実施機関の長の官職氏名) 殿

-----  
下記のとおり遺族の現状を報告します。

報告者の年金証書の番号 第 号

住所 -----

氏名 -----

1	死亡職員の氏名	(死亡年月日 年 月 日)				
2	氏名	生年月日	住所	死亡職員との続柄	障害の有無	報告者と生計を同じくしているか
	遺族補償年金を受けるところができる遺族				有・無	いる・いない
					有・無	いる・いない
					有・無	いる・いない
					有・無	いる・いない
					有・無	いる・いない
3	年金の種類	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月	所轄年金事務所等	
	公的年金の受給関係					
4	添付する書類 その他の資料名					

国家公務員災害補償  
遺族の現状報告書

令和 年 月 日

(実施機関の長の官職氏名) 殿

-----  
下記のとおり遺族の現状を報告します。

報告者の年金証書の番号 第 号

住所 -----

氏名 -----

1	死亡職員の氏名	(死亡年月日 年 月 日)				
2	氏名	生年月日	住所	死亡職員との続柄	障害の有無	報告者と生計を同じくしているか
	遺族補償年金を受けるところができる遺族				有・無	いる・いない
					有・無	いる・いない
					有・無	いる・いない
					有・無	いる・いない
					有・無	いる・いない
3	年金の種類	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月	所轄年金事務所等	
	公的年金の受給関係					
4	添付する書類 その他の資料名					

奨学援護金の支給に係る現状報告書  
就労保育援護金の支給に係る現状報告書

(実施機関の長の官職氏名) 令和 年 月 日			
殿 下記のとおり奨学援護金の支給に係る現状を報告します。 就労保育援護金 報告者の住所 氏 名 被扶養員との続柄			
1 報告者の受けている補償の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (障害等級 第 級) <input type="checkbox"/> 遺族補償年金		2 年金証書の番号 第 号	
3 在学者等に関する事項( *欄は、奨学援護金に係る在学者等について記入すること。) 保 育 児 ( *欄は、就労保育援護金に係る保育児について			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)
住 所			
報告者との続柄			
学校等、保育所等の名称			
学校等、保育所等の所在地			
* 奨学援護金に係る在学者等	入 学 等 年 月 年 月 年 月 学 年 第 学年 第 学年 第 学年	年 月 年 月 年 月	年 月 年 月 年 月
※ 就労保育援護金に係る保育児	卒業等予定年月 令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月 小学校入学予定年月 令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月	令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月	令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月
報告者との生計同一関係の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
支 給 開 始 年 月	年 月 年 月 年 月	年 月 年 月 年 月	年 月 年 月 年 月
支 給 事 由 消 滅 年 月	令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月	令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月	令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月
支給事由が消滅した理由	<input type="checkbox"/> 卒業、卒園等 <input type="checkbox"/> 進学、退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他( 内容 )	<input type="checkbox"/> 卒業、卒園等 <input type="checkbox"/> 進学、退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他( 内容 )	<input type="checkbox"/> 卒業、卒園等 <input type="checkbox"/> 進学、退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他( 内容 )
4 就労している者に関する事項 (就労保育援護金の支給に係る報告の場合に記入すること。)			
就労している者の氏名		生 年 月 日	年 月 日生
就労している者の住所		報告者との続柄	
就労している会社等の名称・所在地			
5 特記事項			
6 添付する書類			

注1 該当する□にレ印を記入すること。  
 2 「5 特記事項」の欄には、在学者等、保育児又は就労している者に関し、最近1年間において、  
 停学、休学、留年、転職等特記すべき事項がある場合に記入すること。

奨学援護金の支給に係る現状報告書  
就労保育援護金の支給に係る現状報告書

(実施機関の長の官職氏名) 令和 年 月 日			
殿 下記のとおり奨学援護金の支給に係る現状を報告します。 就労保育援護金 報告者の住所 氏 名 被扶養員との続柄			
1 報告者の受けている補償の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (障害等級 第 級) <input type="checkbox"/> 遺族補償年金		2 年金証書の番号 第 号	
3 在学者等に関する事項( *欄は、奨学援護金に係る在学者等について記入すること。) 保 育 児 ( *欄は、就労保育援護金に係る保育児について			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)
住 所			
報告者との続柄			
学校等、保育所等の名称			
学校等、保育所等の所在地			
* 奨学援護金に係る在学者等	入 学 等 年 月 年 月 年 月 学 年 第 学年 第 学年 第 学年	年 月 年 月 年 月	年 月 年 月 年 月
※ 就労保育援護金に係る保育児	卒業等予定年月 令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月 小学校入学予定年月 令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月	令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月	令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月
報告者との生計同一関係の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
支 給 開 始 年 月	年 月 年 月 年 月	年 月 年 月 年 月	年 月 年 月 年 月
支 給 事 由 消 滅 年 月	令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月	令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月	令和 年 月 令和 年 月 令和 年 月
支給事由が消滅した理由	<input type="checkbox"/> 卒業、卒園等 <input type="checkbox"/> 進学、退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他( 内容 )	<input type="checkbox"/> 卒業、卒園等 <input type="checkbox"/> 進学、退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他( 内容 )	<input type="checkbox"/> 卒業、卒園等 <input type="checkbox"/> 進学、退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他( 内容 )
4 就労している者に関する事項 (就労保育援護金の支給に係る報告の場合に記入すること。)			
就労している者の氏名		生 年 月 日	年 月 日生
就労している者の住所		報告者との続柄	
就労している会社等の名称・所在地			
5 特記事項			
6 添付する書類			

注1 該当する□にレ印を記入すること。  
 2 「5 特記事項」の欄には、在学者等、保育児又は就労している者に関し、最近1年間において、  
 停学、休学、留年、転職等特記すべき事項がある場合に記入すること。

以 上