

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 北海道 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
---	-----------------------------------

1 関被 す災 る職 事員 項に	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	[特殊公務災害及び国際緊急 援助活動特例災害の場合]	
	(平均給与額) (日数) (1+割増率)	
	(A) { 円 × (日数) × [1 + $\frac{\text{割増率}}{100}$] } × $\frac{20}{100}$ = 円	
(B) 1,500,000 円 × $\frac{\text{日数}}{365}$ = 円		
(C) [(平均給与額) × 365 × $\frac{80}{100}$] - (傷病補償年金の金額) 円 = 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 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 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	* 傷病等級 第 級 第 号	* 特別支給金の支払 年 月 日
* 通知	年 月 日	* 特別給付金の支給開始年月 年 月	

[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、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(C)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があること。
- 年月日の記載には元号を用いる。