

〔記載例 1〕

様式第1号

組合員証の使用状況

不使用・使用

不使用・使用の該当する□に✓印を付ける

公務災害認定請求書

*認定番号

地方公務員災害補償基金 岡山県 支部長 殿 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。	請求年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 (〒 -)
	請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 おがやまたろう 岡山太郎 岡 被災職員との続柄 本人
所属団体名 〇〇市	所属部局・課・係名 (電話 〇〇-〇〇〇〇) 〇〇局清掃事業所
共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 〇 第 〇〇〇〇 号	記号番号を記入
氏名 おがやまたろう 岡山太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 S〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 生 (〇〇 歳)	災害発生日における年齢
職名 業務員 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤	具体的に記入
災害発生の日時 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (〇 曜日) 午 前 〇 時 〇〇 分 ごろ 後	
災害発生の場所 〇〇市〇〇町〇〇番地先路上	施設内の場合は、施設名も記入
傷病名 右大腿部切創	医師の診断書に基づき認定請求する傷病名を記入
傷病の部位及びその程度 右大腿部 1 週間の通院加療	認定請求する傷病の部位を記入 傷病の程度は、療養及び休業の見込期間を記入

* 受理	平成 年 月 日	* 認定	平成 年 月 日
* 通知	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に☑印を記入すること。
- 2 「職名」の欄には、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、巡査、消防士等と記入すること。
- 3 「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、本欄には「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。

通常の職務内容から始め、被災した状況をわかりやすく
具体的に記入し、災害発生後の状況も記入
(記入しきれない場合は別紙を用いる)

ありのままの事実を
具体的に、「いつ」
「どこで」「どのよう
な仕事を」「どのよう
に実施して」「どのよう
な災害をうけたか」
を詳しく記入

疾病の場合は、後述の
添付資料で身体的素因、
勤務状況等を明らかに
すること

被災職員からの請求
年月日以降の日付

所属部局長の証明日
以降の日付

災害発生 の 状 況	2	私は通常じん芥収集車によるじん芥収集作業に従事して います。
		被災当日は、自動車運転手〇〇及び業務員〇〇と共に じん芥の収集作業を行っていましたが午前〇時頃〇〇町 〇〇番地先のひみステーションでじん芥の入ったポリ袋を 両方の手に一個ずつもって収集車の収集口に投げ入れた時、 右大腿部に痛みを感じました。
		よく見るとポリ袋からガラスの破片が突き出ており、 右足の作業ズボンが約5cmにわたって破れ面が、にじん で いました。
		直ちに附近にあった〇〇医院に行き治療を受けました。
		1および2に記入されたことを所属部局長（被災職員の 管理者である課長以上の職又はこれに相当する職にある者） がその事実を十分に調査し証明する。印は所属部局長の 公印
* 3	1及び2については、上記のとおりであることを証明します。 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
所属部局長の証明	所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 名称 〇〇市〇〇局清掃事業所 長の名・氏名 所長 〇 〇 〇 〇	公印 印
4 添付する資料名	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他	
* 5 任命権者の意見	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">7</div> <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">15</div> 本件は調査の結果、公務上の災害と認められる。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 任命権者の名・氏名 〇〇市長 〇 〇 〇 〇	公印 印

- 公務上・外に対する意見を必ず付記してください
- 4 「* 5 任命権者の意見」の欄中 には、下記の9種類の区分番号を記入すること。
 1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員
 5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員
- 5 「* 5 任命権者の意見」の欄中 には、下記の16種類の区分番号を記入すること。
 01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師、助産師 04 その他の医療技術者
 05 保育士・児童自立支援専門員・寄宿舎指導員等 06 船員 07 タイピスト・キーパンチャー
 08 電話交換手 09 調理員 10 道路補修員 11 特別支援学校教員
 12 特別支援学校教員以外の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員 15 清掃業務員 16 その他の職員
- 6 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる