

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		請求年月日 年 月 日	
熊本県 支部長 殿		(千 ー)	
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。		請求者の住所	
		フリガナ 氏 名	
		被災職員との続柄	
被災職員に関する事項	1	所属団体名	フリガナ
		所属部局名 (電話番号)	氏 名 ☐ 男 ☐ 女 年 月 日生 (歳)
		職 名 ☐ 常 勤 ☐ 令第 1 条職員	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 第 号
		災 害 発 生 の 日 時 年 月 日 (曜日) 午前 時 分頃 午後	
		災 害 発 生 の 場 所	
		傷 病 名	
		傷病の部位及びその程度	

* 受 理 (到達した年月日)	所 属 部 局	任 命 権 者		基 金 支 部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
* 認 定	年 月 日 ☐ 公務上 ☐ 公務外	* 通 知	年 月 日	

〔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□にレ印を記入する、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 2 「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、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。
- 4 「* 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。

