

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 千葉県 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	年 月 日
	請求者の住所	(〒○○○—○○○○) ○○県○○市○○番地
	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	地方公共団体名 (任命権者ごと)	フリガナ	
	所属部局名	部局課名・事業所名・学校名・警察署名等 (電話番号 ○○○-○○○-○○○○)	氏名	○○ ○○ 年 月 日生 (歳)
	職名	常勤 <input checked="" type="checkbox"/> 令第1条職員 <input type="checkbox"/>	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 (注1)	第 ○○○○ 号 地・千葉 公立千 警・千葉
	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	○○市○○ ○○番地	(注1) マイナ保険証を使用していて記号・番号が分からない場合は、マイナポータルもしくは共済組合から送られてきた資格情報等のお知らせでご確認ください。	
	傷病名	○○、○○		
	傷病の部位及びその程度	傷病の部位：○○、○○ 程度：全治○か月程度		

* 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		日

- [注意事項]
- 請求者は、*1
 - 「1 被災職員 事、技師、教諭、
 - 「2 災害発生 とおり」と記入し
 - 「*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。

会計年度任用職員は、次の要件に該当するに至った日以後は基金の補償対象となります。当該職員に係る認定請求を行う場合、各団体公務災害担当者においては、下記条件を満たしているか確認した旨をかがみ文等に記載くださるようお願いいたします。

ア 任用が事実上継続していると認められる場合において、
 イ 常勤職員に定められている勤務時間以上勤務した日が18日以上ある月が、引き続いて12月を超えるに至った者で
 ウ その超えるに至った日以後、引き続き当該勤務時間により勤務することを要することとされている者

守衛、主
は「別紙の

