

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	(〒〇〇〇—〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇番地			
	フリガナ氏名	〇〇 〇〇			
	被災職員との続柄	〇〇			

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)	フリガナ氏名	〇〇 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		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 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)	年 月 日生 ( 歳)		
		職名	〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	共济組合員証・健康保険組合員証記号番号	第 〇〇〇〇 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	〇〇市〇〇 〇〇番地			
		傷病名	〇〇、〇〇			
	傷病の部位及びその程度	傷病の部位：〇〇、〇〇 程度：全治〇か月程度				

* 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、\*印
- 「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

衛、主  
別紙の

2	災害発生時の状況について、「 <b>なんの業務のために、どのような動作をしている際、どこで、誰と、どのような</b>	
	<b>キッカケにより、どのような状況で被災したのか</b> 」を明らかにして記載願います。	
	(例)	
	私は、〇〇業務に従事しています。	
	被災当日は、〇〇主事と一緒に、業務のため勤務地（〇〇市〇〇区〇〇）から千葉県庁舎に出張していました。	
	県庁舎最寄駅のJR本千葉駅から徒歩で移動中、スマートフォンを操作しながら自転車を運転した高校生が接近	
	してきました。危ないと思い避けましたが、高校生も急に私の方へハンドルを切って曲がってきたため衝突し、	
	右手をついて転倒してしまいました。その際、近くの電柱に首をぶつけ、また、右手首に強い痛みを感じました。	
災害発生時の状況	〇〇主事が高校生を呼び止め、近くの警察署と一緒にいき、事情を話していましたが、痛みがひどくなってきた	
	ことから、警察官に救急車を呼んでもらい、〇〇病院へ搬送されました。	
*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。	
長所の属証部明局の	年 月 日	名 称 〇〇市〇〇区〇〇番地 所 在 地 〇〇部〇〇課 長の職・氏名 部長・課長・所長等 〇〇 〇〇
	所属部局の	
4 添付する資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input 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 type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(例) 本件は、出張中に発生した災害であり 公務上の災害として認められる。 年 月 日 千葉県知事 千葉県警察本部長 市町村長 消防長 管理者 教育委員会 等 〇〇 〇〇

- 5 「\*5 任命権者の意見」の欄の□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
- 6 「\*5 任命権者の意見」の欄の□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・寄宿舎指導員等  
 06 船員 07 土木技師・農林水産技師・建築技師 08 調理員 09 運転士・車掌等 10 義務教育学校教員  
 11 義務教育学校以外の教員 12 その他の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員 15 清掃職員 16 その他の職員
- 7 年月日の記載には元号を用いる。

## 【公務・通勤災害認定請求時の確認事項】

※ 認定請求の前に御確認ください。

### ① 請求年月日等の日付について

認定請求書に記載される日付は以下のとおりとなりますので、矛盾がないか確認願います。なお、元号を使用して記載願います。

災害発生日 ≤ 認定請求日 ≤ 所属部局受理日 ≤ 所属長証明日  
≤ 任命権者受理日 ≤ 任命権者意見日 ≤ 基金受理日

### ② 所属部局・課・係名欄について

被災当時に所属していた所属部局・課・係名を記載願います。

### ③ 共済組合員証・健康保険組合員証の記号番号欄について

被災当時に適用されていた記号・番号を記載願います。

なお、記載を依頼する記号・番号は保険者番号とは異なりますので御留意ください。

### ④ 氏名欄について

- ・ 生年月日は元号で記載願います。
- ・ 年齢は、被災時点のものを記載願います。

### ⑤ 災害発生の日時欄について

元号を使用して記載願います。

### ⑥ 傷病名欄について

記載する傷病は、診断書の傷病と一致させてください。

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