

昭和四年四月十五日第三種郵便物認可

# 鳥取県公報

毎週火曜日及び  
金曜日発行  
(当日が休日のときは、その翌日)

目次  
◇規則 議会の議員その他非常勤の職員等の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則

## 規則

議会の議員その他非常勤の職員等の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

昭和五十三年三月二十四日

鳥取県知事 平 林 鴻 三

### 鳥取県規則第十二号

議会の議員その他非常勤の職員等の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則

議会の議員その他非常勤の職員等の公務災害補償等に関する条例施行規則

(昭和四十三年三月鳥取県規則第十二号)の一部を次のように改正する。  
第六条の三中「九万円」を「十五万円」に改める。  
第十一条第一項中「障害補償年金」を「傷病補償年金、障害補償年金」に改める。

第十四条中「様式第十五号」の下に「、様式第十五号の二」を加える。  
第十五条第一項中第三号を第四号とし、第二号を第三号とし、第一号の次に次の一号を加える。

- 二 傷病補償年金を受ける者にあつては、次に掲げるとき。
- イ その負傷又は疾病が治つたとき。
- ロ その廃疾の程度に変更があつたとき。

第十七条第二項中「、支給後三年以内に」を削り、「行ない」を「行いに」、「行なう」を「行う」に改め、「再支給を行なつた補装具は、最初の支給を行なつた時から三年以内に限り修理を行なう。」を削り、「行なわない」を「行わない」に改める。

第十八条第三号中「十一円」を「十五円」に、「よりがたい」を「より難い」に改め、同条第四号中「三千七百元」を「五千二百円」に、「三千三百円」を「四千七百元」に改める。

第二十四条第二項中「五十円」を「百円」に改める。

附則第十項中「身体障害」を「廢疾、身体障害」に、「附則第五条」を「附則第五条第一項」に、「すみやかに」を「速やかに」に改め、同項を附則第十一項とし、附則第九項を附則第十項とし、附則第八項中「附則第三項ただし書」を「附則第四項ただし書」に改め、同項を附則第九項とし、附則第七項中「附則第五項」を「附則第六項」に、「附則第三項ただし書」を「附則第四項ただし書」に改め、同項を附則第八項とし、附則第六項中「

附則第三項」を「附則第四項」に改め、同項を附則第七項とし、附則第三項から附則第五項までを一項ずつ繰り下げ、附則第二項の次に次の一項を加える。

3 第六条の三の規定による金額が補償基礎額の六十倍に相当する金額に満たないときは、条例第十四条に規定する規則で定める金額は、当分の間、第六条の三の規定にかかわらず、補償基礎額の六十倍に相当する金額とする。

様式第一号から様式第五号までを次のように改める。

様式第一号 (第4条関係)

公務 (通勤) 災害補償通知書

殿

年 月 日

(実施機関の職氏名)

印

あなたは、議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の規定により、下記の災害に対する補償を受けることができますので、通知します。

記

1 被災職員の氏名

2 災害発生年月日 年 月 日

3 傷 病 名

## 補 償 の 内 容

## 1 あなたが被災職員である場合

## (1) 療養補償

公務上の負傷若しくは疾病又は通勤による負傷若しくは疾病については、右の範囲で療養上相当と認められるものを療養補償として受け取ることができます。

## イ 診察

## ロ 薬剤又は治療材料の支給

## ハ 処置、手術その他の治療

## ニ 病院又は診療所への収容

## ホ 看護

## ヘ 移送

## (2) 休業補償

公務上の負傷若しくは疾病又は通勤による負傷若しくは疾病の療養のため勤務その他の業務に従事することができない場合で給与その他の収入を得ることができないときは、その期間、補償基礎額の  $\frac{60}{100}$  に相当する金額の休業補償を受けることができます。

## (3) 傷病補償年金

公務上の負傷若しくは疾病又は通勤による負傷若しくは疾病に係る療養の開始後1年6月を経過した日以後において、議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例（以下「条例」という。）に定められている程度の廃疾の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受け取ることができます。

なお、傷病補償年金を受け取る場合には休業補償を受けることができ

せん。

## (4) 障害補償

公務上の負傷若しくは疾病又は通勤による負傷若しくは疾病が治った場合において、条例に定められている程度の身体障害が残ったときは、その程度に応じて年金又は一時金の障害補償を受けることができます。

## 2 あなたが被災職員以外の者である場合

## (1) 遺族補償

あなたが公務上又は通勤により死亡した職員の遺族であって、条例第11条の規定（注参照）に該当する場合は年金の、その他の場合は一時金の遺族補償を受けることができます。

（注） 議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例

（抄）

第11条 遺族補償年金を受け取ることができる遺族は、職員の配偶者（婚姻の届出をしていないが、職員の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。以下同じ。）、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹であって、職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していたものとする。ただし、妻（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。第3項において同じ。）以外の者については、職員の死亡の当時次の各号に掲げる要件に該当した場合に限るものとする。

一 夫（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。以下同じ。）、父母又は祖父母については、55歳以上であること。

二 子又は孫については、18歳未満であること。

三 兄弟姉妹については、18歳未満又は55歳以上であること。

四 前三号の要件に該当しない夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、別表第2の第7級以上の等級の身体障害に該当する障害の状態又は軽易な労務以外の労務に就することができない程度の心身の故障による障害の状態にあること。

2 遺族補償年金を受けるべき遺族の順位は、配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹の順序とし、父母については、養父母を先にし、実父母を後にする。

3 遺族補償年金の額は、補償基礎額に365を乗じて得た額に、次の各号に掲げる遺族補償年金を受ける権利を有する遺族及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の人数の区分に応じ、当該各号に掲げる率を乗じて得た額とする。

- 一 1人 100分の35 (55歳以上の妻又は第1項第4号の障害の状態にある妻である場合には100分の45、これらの妻以外の妻で50歳以上55歳未満のものである場合には100分の40)
- 二 2人 100分の50
- 三 3人 100分の56
- 四 4人 100分の62
- 五 5人以上 100分の67

(2) 葬祭補償

あなたが公務上又は通勤により死亡した職員の葬祭を行う者である場合は、15万円に補償基礎額の30倍に相当する額を加えた金額(この金額

が補償基礎額の60倍に相当する金額に満たないときは、当分の間、補償基礎額の60倍に相当する金額)の葬祭補償を受けることができます。

(3) 未支給の補償

あなたが補償の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給されるべき補償でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

【注意事項】

1 あなたは、上記の事由に該当したときは、それぞれの事由に応ずる補償を受けられますので、速やかに請求書を提出してください。ただし、議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の規定により制限を受ける場合もありますので、被災職員の所属機関とよく連絡をとって、その指示を受けてください。

2 実施機関の行う補償の実施について不服がある場合には、議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則に定める手続に従って、鳥取県公務災害補償等審査会に対して審査を申し立てることができます。

3 その他詳細については、被災職員の所属機関にお問い合わせください。

様式第2号 (第7条関係)

療養の給付請求書

(実施機関の職氏名)		請求年月日		年		月		日	
殿		請求者の住所		年		月		日生 (歳)	
下記の指定医療機関における療養の給付を請求します。		ふりがな		年		月		日	
氏名		職名		年		月		日	
所属部局名		職名		年		月		日	
被災職員に関する事項		氏名		年		月		日生 (歳)	
負傷又は発病の年月日		年		月		日			
2 療養を受けようとする指定医療機関		(新)所在地		年		月		日	
		名称		年		月		日	
		(旧)所在地		年		月		日	
名称		年		月		日			
* 受理		年		月		日		* 通知	
年		月		日		年		月	
日		年		月		日		日	

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\* 印の欄には記入しないこと。
- 2 「2 療養を受けようとする指定医療機関」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関の所在地及び名称を記入すること。

様式第3号(第7条関係)

## 療養補償請求書

		請求回数	第	回
(実施機関の職氏名)		請求年月日 年 月 日		
股		請求者の住所		
下記の療養補償を請求します。		ふりがな 氏名		
1	この請求書による療養補償の費用の受領を.....に委任します。			
補償費用の受領委任	委任者の氏名.....			
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。			
	受任者の住所			
	氏名.....			
被災職員に関する事項	2	所属部局名	職名	
		氏名	年 月 日生(歳)	
		負傷又は発病の年月日	年 月 日	
3	診療費	内訳は「9 診療費請求明細」欄記載のとおり		円
4	看護料	<input type="checkbox"/> 看護婦	年 月 日から	日間 円
		<input type="checkbox"/> 附添婦	年 月 日まで	
5	移送費	交通費	から まで キロメートル	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 円
		その他の移送費		
6	上記以外の療養費			円
7	療養補償請求金額(3~6の合計額)			円
送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	*受理 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	*決定金額 円
		口座番号		*通知 年 月 日
		預金名義者		
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行 支店	*支払 年 月 日
	その他			

## 〔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□にレ印を記入すること。
- 2 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 3 「4 看護料」及び「5 移送費」については、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 4 「6 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 「\*9 診療費請求明細」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の証明書を添付してもよいこと。
- 6 診療報酬点数の算出ができない場合は、金額で記入すること。

\*9 診療費請求明細

(1) 傷病名	ア	(2) 診療開始日	ア	年	月	日	診療期間	年	月	日から
	イ		イ	年	月	日	診療日	年	月	日まで
	ウ		ウ	年	月	日	診療実数	日		
							転 帰			
			治	ゆ	死	亡	中	止		
(3) 診察料	初診	時間外・休日・深夜	回	点						
	再診	再診時間 内科再診 外科再診 休日・深夜	回	回						
	指導		回							
	往診	普夜 深夜・暴風雨雪・難路	回	回						
(4) 投薬料	内服	{薬調・剤処	単位	回						
	とん服	{薬調・剤処	単位	回						
	外用	{薬調・剤処	単位	回						
(5) 注射料	皮下 静注	筋肉内 の他	回	回						
(6) 処置料	薬剤		回	回						
(7) 手術・麻酔料	薬剤		回	回						
(8) 検査料	薬剤		回	回						
(9) レントゲン料			回	回						
(10) その他										
(11) 入院	入院日	年	月	日						
	基特	入院時基本診療料 (室料・看護料・給食料)	点							
	食2	食有	×	日間						
	院普	食無	×	日間						
	診食1	特食	×	日間						
院療所	基看1	入院時医学管理料								
	食1	2週間以内	×	日間						
	基看2	2週間超～1月以内	×	日間						
	衣看3	1月超～3月以内	×	日間						
その他	3月超	×	日間							
(12) 診療報酬点数表により計算できる合計額	1点単価								円	
(13) 診療報酬点数表により計算できないもの (例えば診断書料・入院室料差額等)									円	
(14) 診療費請求合計額	(12) + (13)								円	
<p>上記の事項は事実と相違ありません。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>昭和 年 月 日</p> <p>診療機関の { 所在地  名称  医師の氏名</p>										

様式第4号(第7条関係)

休業補償請求書

		請求回数	第	回	
(実施機関の職氏名)  殿  下記の休業補償を請求します。		請求年月日 年 月 日			
		請求者の住所 ふりがな氏名 <span style="float: right;">㊟</span>			
1 被災に関する事項	所属部局名		職名		
	氏名		年 月 日生( 歳)		
	負傷又は発病の年月日		年 月 日		
2 請求日数等	年 月 日からのうち 日		全部休業した日数 日		
	年 月 日までのうち 日		一部休業した日数 日		
* 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。					
* 3 所属部長の証明	所属部局の { 所在地称 職氏名 } <span style="float: right;">㊟</span>				
	所属部局の { 所在地称 職氏名 } <span style="float: right;">㊟</span>				
4 休業補償	全部休業した日についての計算	(A) (補償基礎額) (請求日数)	(全部休業した日に支払われた給与の総額)	円 = 円	
	一部休業した日についての計算	(B) (補償基礎額) (請求日数)	(一部休業した日に支払われた給与の総額)	円 = 円	
	休業補償請求金額	(A)+(B)		円	
5 厚生年金保険法等の適用関係	<input type="checkbox"/> .....の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。				
* 6 医師の証明	傷病名		現在の状態		
	請求日数のうち療養のため勤務することができなかったと認められる日数 年 月 日からのうち 日		年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 継続中		
	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 医療機関の { 所在地称 医師の氏名 } <span style="float: right;">㊟</span>				
7 送金希望の場合	口座振替	払込先金融機関名	銀行 支店	* 受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		* 決定金額	条例第9条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		口座番号			円
	送金小切手	預金名義者		* 通 知	年 月 日
		振込先金融機関名	銀行 支店	* 支 払	年 月 日
		その他			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□にレ印を記入すること。
- 2 「\* 6医師の証明」の欄には、入院中の場合のように、既に療養補償請求書等によって療養のため勤務できないことが明らかに認められるときは、この請求書において重ねて医師の証明を求めて、記入する必要はないこと。
- 3 この請求書を提出するときに、請求する休業補償と同一の事由によって厚生年金保険法又は船員保険法の障害年金あるいは国民年金法の障害年金(障害福祉年金を除く。)の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所名等を記載した書類を添付すること。



様式第5号(第7条関係)

傷 病 補 償 年 金 請 求 書

(実施機関の職氏名) ..... 殿		請求年月日 年 月 日
下記の傷病補償年金を請求します。		請求者の住所 ..... ふりがな氏名 ..... ㊦
被災 職員 に関 する 事項	1 所属部局名	職 名
	氏 名	年 月 日生( 歳)
	負傷又は発病の年月日 年 月 日	廢疾等級該当年月日 年 月 日
2 傷病の名称、部位及びその状態		
3 既存障害とその程度		
4 日常生活の状態		
5 廢 疾 等 級	第 級 号	
6 傷病補償年金請求金額	(補償基礎額) (倍数) 円 × = 円	
7 厚生年金保険法等の適用関係	<input type="checkbox"/> ..... の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	

8 送金希望の場合	□ 座 振 書	振込先金融機関名	銀行 支店	* 受 理	年 月 日
		□ 普通預金 □ 当座預金		* 決定金額	条例第9条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		□ 座 番 号			円
	預金名義者		* 通 知	年 月 日	
送金小切手	振込先金融機関名	銀行 支店	* 年金証書の番号	第 号	
そ の 他			* 支給開始年月日	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□に印を記入すること。
- 2 この請求書を提出するときに、請求する傷病補償年金と同一の事由によって厚生年金保険法又は船員保険法の障害年金あるいは国民年金法の障害年金(障害福祉年金を除く。)の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所名等を記載した書類を添付すること。

様式第5号の2 (第7条関係)

## 傷 病 補 償 年 金 変 更 請 求 書

様式第五号の次に次の一様式を加える。

(実施機関の職氏名) ..... 殿		請求年月日 年 月 日	
下記のとおりに傷病補償年金の変更を請求します。		請求者の年金証書の番号.....第.....号	
		住 所.....	
		ふりがな..... ㊟	
1 現在受けている傷病補償年金の廃疾等級	第.....	級	
2 現在受けている傷病補償年金の支給が開始された年月日		年	月
3 廃疾の程度に変更があった年月日		年	月 日
4 変更後の廃疾の部位及びその程度		(第.....級)	
5 変更後の傷病補償年金請求額	(補償基礎額)	(倍数)	
	円×	=	円

*受理	年 月 日	*通知	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 不変更
*変更後の廃疾等級	第.....級		年 月 日	
*決定金額	円	*支給開始年月日	年 月 日	

〔注意事項〕

請求者は、\*印の欄には記入しないこと。

様式第6号(第7条関係)

障 害 補 償 年 金 請 求 書

様式第六号から様式第十五号までを次のように改める。

(実施機関の職氏名)		請求年月日 年 月 日	
殿		請求者の住所 ふりがな氏名	
下記の障害補償を請求します。			
1 被災員に関する事項	所属部局名	職 名	
	氏 名	年 月 日生( 歳)	
	負傷又は発病の年月日 年 月 日	治年 月 日	年 月 日
2 障害の部位及びその程度			
3 既存障害とその程度			
4 障害等級	第 級 号		
5 障害補償請求金額	<input type="checkbox"/> 年金 (補償基礎額) 円 × (倍数)	<input type="checkbox"/> 一時金 円 = 円	
6 厚生年金保険法等の適用関係	<input type="checkbox"/> .....の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。		

7 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	*受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	*決定金額		条例第9条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		口座番号			<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 一時金 円
	預金名義者			*通 知	年 月 日
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行 支店	*年金証書の番号	第 号
その他			*年金支給開始年月	年 月	
				*支 払 (一時金)	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□にレ印を記入すること。
- 2 「3 既存障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 3 「6 厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、障害補償年金を受けようとする者について記入すること。

なお、この請求書を提出するときに、請求する障害補償年金と同一の事由によって厚生年金保険法等又は船員保険法の障害年金あるいは国民年金法の障害年金(障害福祉年金を除く。)の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所名等を記載した書類を添付すること。

様式第7号(第7条関係)

## 障害補償変更請求書

(実施機関の職氏名) ..... 殿		請求年月日 年 月 日	
下記のとおりに障害補償の変更を請求します。		請求者の 年金証書の番号.....第.....号	
		住 所.....	
		ふりがな..... 氏 名..... ㊟	
1	現在受けている障害補償年金の障害等級	第.....	級.....
2	現在受けている障害補償年金の支給が開始された年月	.....	年.....月.....
3	障害の程度に変更があった年月日	.....	年.....月.....日.....
4	変更後の障害の部位及びその程度	.....(第.....級)	
5	変更後の障害補償請求金額	年金	(補償基礎額).....(倍数)..... 円×.....=.....円
		一時金	(補償基礎額).....(倍数)..... 円×.....=.....円

*受理	年 月 日	*通知	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更
*変更後の障害等級	第.....級		年 月 日
*決定金額	<input type="checkbox"/> 年金 円	*支払(一時金)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 一時金 円	*支給開始年月	年 月

## 〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄に記入しないこと。
- 2 「4 変更後の障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 この請求書には、障害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診断書とその他の資料を添付すること。

様式第8号(第7条関係)

遺族補償年金請求書

(実施機関の職氏名)		請求年月日 年 月 日				
殿		請求者(代表者)の住所				
下記の遺族補償年金を請求します。		ふりがな氏名 <span style="float: right;">㊦</span>				
		死亡職員との続柄				
1 死亡職員に関する事項	所属部局名 氏 名	職 名	年 月 日生( 歳)			
	負傷又は発病の年月日 年 月 日	死 亡 年月日 年 月 日				
2 請求の事由		<input type="checkbox"/> 職員の死亡 <input type="checkbox"/> 先順位者の失権 <input type="checkbox"/> 胎児であった子の出生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明				
3 請求者及び遺族補償年金を受けることができる遺族	氏 名	生年月日	年齢	住 所	死亡職員との続柄	備 考
4 既に遺族補償年金を受けている者	氏 名	生年月日	年齢	住 所	死亡職員との続柄	備 考
5 遺族補償年金請求金額の計算	(補償基礎額) $\text{円} \times 365 \times \frac{1}{100} \times \dots = \text{円}$ (受給権者の数)					
6 遺族補償年金請求額	受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合				円	
	代表者を選任した場合		(5の請求年額)	(受給権者の数)	円	
7 厚生年金保険法等の適用関係		<input type="checkbox"/> の被保険者であった。 <input type="checkbox"/> 被保険者ではなかった。				
8 送金希望の場合	口 座 振 替	振込先金融機関名	銀行	支店	* 受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			* 決定金額	円
		口座番号				
		預金名義者				
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行	支店	* 通 知	年 月 日
その他				* 年金証書の番号	第 号	
				* 支給開始年	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□にレ印を記入すること。
- 2 「3 請求者及び遺族補償年金を受けることができる遺族」の欄の備考には、その者が請求者であるときは(請)、その者が代表者であるときは(代)、その者が障害等級第7級以上の廃疾の状態にあるときは(廢)、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは(生)と明記すること。
- 3 「4 既に遺族補償年金を受けている者」の欄には、「2 請求の事由」の欄の記入が「職員の死亡」以外の場合に記入すること。
- 4 「7 厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、死亡職員又は請求者が厚生年金保険法、国民年金法又は船員保険法の適用を受ける者であるときは「□.....の被保険者であった。」の□にレ印を記入するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。  
 なお、この請求書を提出するとき、既に当該遺族補償年金と同一の事由によって厚生年金保険法又は船員保険法の遺族年金あるいは国民年金法の母子年金(母子福祉年金を除く。)、準母子年金(準母子福祉年金を除く。)、遺児年金又は寡婦年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所名等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る年金の支給決定後に上記の年金の給付を受けることとなった場合には、速やかにその旨書類で報告すること。
- 5 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に、当該職員の死亡について遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)、(3)及び(8)に掲げる書類は添付する必要はないこと。
  - (1) 職員の死亡診断書、死体検案書、検視調査その他職員の死亡の事実及びその死亡が公務又は通勤により生じたものであることを証明する書類又はその写し
  - (2) 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族の氏名、本籍及び死亡職員との続柄に関する市区町村長の発行する証明書(戸籍の謄本又は抄本でもよい。)
  - (3) 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - (4) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、職員の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - (5) 請求者が妻1人で、障害等級第7級以上の廃疾の状態にあるとき(55歳以上の場合を除く。)は、その者が職員の死亡の時以後当該廃疾の状態にあったこと及び当該廃疾の状態が生じ、又はその事情がなくなった時を証明する医師の診断書その他の書類
  - (6) 請求者(前号に該当する者を除く。)又は請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が障害等級第7級以上の廃疾の状態にある者であるときは、その者が職員の死亡の当時から引き続きその廃疾の状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類
  - (7) 請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が請求者と生計を同じくしているときは、その事実を認めることのできる書類
  - (8) 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所(第三者の氏名及び住所がわからないときは、その旨)を記載した書類
  - (9) 請求者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の請求者の同意書等その者が代表者であることを認めることのできる書類。また、代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類

様式第9号 (第7条関係)

遺族補償一時金請求書

(実施機関の職氏名)		請求年月日 年 月 日	
殿		請求者の住所	
下記の遺族補償一時金を請求します。		ふりがな 氏 名 ④	
		死亡職員との続柄又は関係	
1 死亡職員に関する事項	所属部局名	職 名	
	氏 名	年 月 日生 ( 歳)	
	負傷又は発病の年月日 年 月 日	死 年 月 日	死 年 月 日
2 遺族補償一時金請求額の計算	受給権者の氏名	生年月日	死亡職員との続柄又は関係
		(補償基礎額)	(支給率) (支給された年金額の総計)
		( 円 × 400 × $\frac{1}{100}$ = 円)	
		× $\frac{1}{100}$ = 円	
		(受給権者の数)	
遺族補償年金が支給されていた場合	年金の受給権者であった者の氏名	年金証書の番号	支給された年金額の合計
		第 号	円
		第 号	円
		第 号	円
総 計			円
3 遺族補償一時金請求額			円

4 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	* 受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		* 決 定 金 額	円
		口座番号			
	預金名義者				
送金小切手	振込先金融機関名	銀行 支店	* 通 知	年 月 日	
その他			* 支 払	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✓印を記入すること。
- 2 「2 遺族補償一時金請求額の計算」の欄の「受給権者の氏名」の項には、すべての受給権者について記入すること。
- 3 「2 遺族補償一時金請求額の計算」の欄の「遺族補償年金が支給されていた場合」の項には、この請求書の提出前に当該補償の事由となった職員の死亡に係る遺族補償年金の支給が行われていた場合にのみ記入すること。また、「(支給率)」の項には、議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例附則第4条各号に掲げる支給率のうち、請求者の該当するものを記入すること。
- 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に、当該職員の死亡について遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)及び(8)に掲げる書類は添付する必要はないこと。
  - (1) 職員の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他職員の死亡の事実及びその死亡が公務上の事由によるものであることを証明する書類又はその写し
  - (2) 請求者の氏名、本籍及び死亡職員との続柄又は関係に関する市区町村長の発行する証明書(戸籍の謄本又は抄本でもよい。)
  - (3) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、職員の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
  - (4) 職員の死亡に係る遺族補償年金を受けることができる遺族がなく、かつ、請求者に先順位者のないことを証明する書類
  - (5) 請求者が死亡職員の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹であるときは、職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - (6) 請求者が配偶者、死亡職員の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹以外の者で、主として死亡職員の収入によって生計を維持していた者であるときは、職員の死亡の当時主としてその収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
  - (7) 請求者が、死亡職員の遺言又はその任命権者に対する予告により特に指定された者であるときは、これを証明する書類
  - (8) 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所(第三者の氏名及び住所がわからないときは、その旨)を記載した書類



様式第10号 (第7条関係)

## 葬 祭 補 償 請 求 書

(実施機関の職氏名)  殿		請求年月日 年 月 日	
下記の葬祭補償を請求します。		請求者の住所 ふりがな 氏 名 ㊤	
		死亡職員との 続柄又は関係	
1 死亡 職員 に関 する 事項	所属部局名	職 名	
	氏 名	年 月 日生 ( 歳)	
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日	死亡年月日 年 月 日	
2 葬 祭 補 償 請 求 金 額 の 計 算	(A) 150,000+ (補償基礎額)	円 × 30 = 円	
	(B) (補償基礎額)	円 × 60 = 円	
	(C) (A)、(B)のうち高い金額	<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)	
3 葬祭補償請求金額		円	

4 送 金 希 望 の 場 合	口座振替	振込先金融 機 関 名	銀行 支店	*受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金		
		口座番号		*決定金額	円
		預金名義者		*通 知	年 月 日
	送金小切手	振込先金融 機 関 名	銀行 支店		
その他			*支 払	年 月 日	

## 〔注意事項〕

請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

## 様式第11号 (第7条関係)

## 未支給の補償請求書

(実施機関の職氏名) 殿		請求年月日 年 月 日
下記の未支給の補償の支給を請求します。		請求者の住所 ふりがな 氏 名 死亡した受給 権者との続柄
1 死亡した受給権者	氏 名	年 月 日
	死亡年月日	年 月 日
2 未支給の補償	種 類	(年金たる補償のときは 第 号) (年金証書の番号)
	請求金額	円

3 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	*受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			
		口座番号		*決定金額	円
	預金名義者		*通 知	年 月 日	
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行 支店	*支 払	年 月 日
	その他				

## 〔注意事項〕

- 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、請求者が、未支給の補償とあわせて、遺族補償又は葬祭補償を請求する場合には、当該遺族補償又は葬祭補償を請求するために提出すべき書類と同じ書類については、添付する必要はないこと。
  - 死亡受給権者の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他死亡受給権者の死亡を証明する書類又はその写し
  - 未支給の補償が遺族補償年金以外の補償であるときは、次に掲げる書類
    - 請求者の氏名、本籍及び死亡受給権者との続柄に関する市区町村長の発行する証明書（戸籍の謄本又は抄本でもよい。）
    - 請求者が受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
    - 請求者が、婚姻の届出をしていないが、受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
- 請求者が配偶者以外の者であるときは、他に先順位者のないことを証明する書類
- 死亡受給権者が、この請求に係る未支給の補償分についてまだ請求をしていなかったときは、その請求を行うこととした場合に必要書類

様式第12号 (10条関係)

遺族補償年金支給停止申請書

(実施機関の職氏名)  殿	申請年月日	年	月	日
	申請者の 年金証書の番号	第		号
下記の所在不明者に係る遺族補償年金の支給 停止を申請します。	住	所		
	ふ	りが	な	名
	氏			◎
		年	月	日生(歳)
	所在不明者との続柄			

1 所在不明者	年金証書の番号	第		号
	氏			名
	最	後	の	住
	所			
	所在不明となった年月日	年	月	日
	所在不明の事由			

2 申請者の 同順位者	氏	名	住	所	年金証書の番号	所在不明者 との続柄
						第
					第	号
					第	号
					第	号
					第	号

*受理	年	月	日	*通知	年	月	日
*決定内容	年	月分	から	停止			

〔注意事項〕

- 1 申請者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 「申請者の年金証書の番号」の項は、申請者が所在不明者と同順位者である場合にのみ記入すること。
- 3 「1 所在不明者」の欄の年金証書の番号の項は、その番号が不明のときは記入する必要はないこと。
- 4 「2 申請者の同順位者」の欄には、所在不明者の同順位者があるときは、その同順位者について、同順位者がいないときは、その次順位者である申請者の同順位者について記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項の記入は必要ないこと。
- 5 この申請書には、所在不明者の所在が1年以上明らかでないことを証明する書類を添付すること。

様式第13号 (第10条関係)

遺族補償年金支給停止解除申請書

(実施機関の職氏名)		申請年月日		年	月	日
殿		申請者の番号		第	号	
下記のとおりに遺族補償年金の支給停止の解除を申請します。		住 所		氏 名		
		住 居		年 月 日 生(歳)		
支給停止となった年月		年	月			

*受理	年	月	日	*通知	年	月	日
*決定内容		年	月	分から解除			

〔注意事項〕

- 1 申請者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 この申請書を提出するときには、あわせて年金証書を提出すること。

様式第14号 (第11条関係)

第 号

地方公務員災害補償

年 金 証 書

受給権者の氏名

年 月 日生

補償の種類

支給開始年月

議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の規定により上記のとおり支給します。

(実施機関の職氏名)

印

## 〔注 意 事 項〕

- 1 この証書は、議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例(以下「条例」という。)によって傷病補償年金、障害補償年金又は遺族補償年金の支給を受ける権利を有することを証明する書類ですから大切に保管してください。
- 2 この補償は、毎年3月、6月、9月及び12月に、それぞれの前月までの分を支払います。なお、損害賠償を受けたときは、その限度で年金が支払われないこととなりますので、詳細は実施機関にお問い合わせください。
- 3 次の場合に該当することとなったときは、速やかにその事実を証明する書類を添えてその旨を実施機関に届け出てください。
  - (1) 氏名又は住所を変更した場合
  - (2) この年金と同一の事由によって船員保険法若しくは厚生年金保険法の規定による障害年金若しくは遺族年金若しくは国民年金法の規定による障害年金(障害福祉年金を除く。)、母子年金(母子福祉年金を除く。)、準母子年金(準母子福祉年金を除く。)、遺児年金若しくは寡婦年金の支給を受けることとなった場合、その額が変更された場合又はその支給を受けられなくなった場合
  - (3) 傷病補償年金においては、その廃疾等級に変更のあった場合
  - (4) 障害補償年金においては、その障害等級に変更のあった場合
  - (5) 遺族補償年金においては、その算定の基礎となる遺族の数に増減を生じた場合
  - (6) 遺族補償年金で受給権者が妻1人だけの場合において、その妻が50歳又は55歳に達したとき(条例別表第2の障害等級表の第7級以上の廃疾の状態にあるときを除く。)
  - (7) 遺族補償年金で受給権者が妻1人だけの場合において、その妻が条例別表第2の障害等級表の第7級以上の廃疾の状態になり、又はその

状態でなくなつたとき(55歳以上であるときを除く。)

4 この補償を受ける権利は譲り渡したり、担保に供することはできません。また、差押えを受けることもありません。

5 この証書を亡失したり、著しく損傷したときは再交付を実施機関に請求してください。また、証書の記載事項に変更を生じた場合はこの証書と引換えに新しい証書を交付します。

6 あらかじめ実施機関からその必要がないと通知された場合を除き、毎年2月1日から同月末日までの間で、実施機関に対し廃疾の現状、障害の現状又は遺族の現状に関する報告書を提出してください。

7 この年金を受ける権利を失つた場合は、この証書を実施機関に返納してください。年金を受ける権利を失う場合は、次のいずれかに該当した場合です。

(1) 傷病補償年金の場合

イ 受給権者が死亡した場合

ロ 条例別表第1の廃疾等級に該当しなくなった場合

(2) 障害補償年金の場合

イ 受給権者が死亡した場合

ロ 条例別表第2の障害等級表の第7級以上に該当しなくなった場合

(3) 遺族補償年金の場合

イ 受給権者が死亡した場合

ロ 受給権者が婚姻(届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。)をした場合

ハ 直系血族又は直系姻族以外の者の養子(届出をしていないが、事実上養子縁組関係と同様の事情にある者を含む。)となった場合

ニ 離縁によつて、死亡した職員との親族関係が終了した場合

ホ 受給権者が死亡した職員の子、孫又は兄弟姉妹であるときは、その者が18歳に達した場合(その者が職員の死亡の時から引き続き条

例別表第2の障害等級表の第7級以上の廃疾の状態にある場合を除

く。)

ハ 条例別表第2の障害等級表の第7級以上の廃疾の状態にあることにより受給権者としていない者がその状態でなくなった場合

8 実施機関又は鳥取県公務災害補償等審査会から報告又は出頭等を求められたとき、その報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、文書その他の物件を提出せず、出頭せず又は医師の診断を拒んだ者は、条例第24条の規定により、1万円以下の罰金に処せられます。

様式第15号 (第14条関係)

廃疾の現状報告書

(実施機関の職氏名)

股

下記のとおり廃疾の現状を報告します。

年 月 日

報告者の住所  
ふりがた

㊦

1	年金証書の番号	第 号
2	傷病補償年金の支給開始年月	年 月 日
3	廃疾等級	第 級
4	廃疾の状況	
5	日常生活の概要	
6	当該廃疾に関して支給されている年金の種類	支給されている年金の年額
厚生の年金給付関係 <input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の障害年金 <input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金 (障害福祉年金を除く。) <input type="checkbox"/> 船員保険法の障害年金	円	年 月
	年金証書の番号	所轄社会保険等事務所名

\*  支給  支給停止 (免責)

【注意事項】

- この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。
  - 報告者は、\* 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。
  - 「4 廃疾の状況」の欄には、最近1年間について記入すること。
  - 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入すること。
- また、この間に退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。

\* 7 医師の証明

(1) 傷病の種類 (傷病名・傷病の部位等)

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病及び廃疾の現状

(4) 傷病及び廃疾の今後の見込み

(報告者の氏名)

については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

所在地  
医療機関の { 名 称  
医師の氏名

㊦

様式第十五号の次に次の一様式を加える。

様式第十五号の2 (第14条関係)

障 害 の 現 状 報 告 書

(実施機関の職氏名)

職

下記のとおり障害の現状を報告します。

年 月 日

報告者の住所  
ふりがな  
氏 名

㊦

1 年金証書の番号 第 号

2 治 ぬ 年 月 日 年 月 日

3 障 害 等 級 第 級

4 身体障害の状況

5 日常生活の概要

6 当該身体障害者について支給されている年金の種類  
当該身体障害者について支給されている年金の種類

□厚生年金保険法の障害年金  
□国民年金法の障害年金 (障害福祉年金を除く。)

□船員保険法の障害年金

年金証書の番号 所轄社会保険等事務所名

□支給 □支給停止 (免責)

〔注意事項〕  
この報告書は、障害補償年金の受給権者が提出すること。  
1 報告者は、\*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。  
2 「4」身体障害者の状況の欄には、最近1年間について記入すること。  
3 「5」日常生活の概要の欄には、最近1年間について記入すること。  
4 また、この間に退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。

\* 7 医師の証明 (器質的障害のみの場合は、この欄の記入は必要ありません。)

(1) 身体障害の種類

(2) 身体障害の現状

(3) 身体障害の今後の見込み

(報告者の氏名)

年 月 日

所在地  
医療機関の  
名 称  
医師の氏名

㊦



## 様式第16号 (第14条関係)

## 遺族の現状報告書

様式第十六号から様式第二十一号までを次のように改める。

(実施機関の職氏名)

殿

下記のとおり遺族の現状を報告します。

年 月 日

報告者(代表者)の  
年金証書の番号 第 号

報告者の住所

ふりがな 氏 名

1 死亡職員の氏名

(死亡年月日 年 月 日)

2	氏名	生年月日	住所	死亡職員との続柄	廃疾の有無
受給権及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けるとき遺族					有・無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無

3 厚生年金保険等の受給関係	当該死亡に関して支給されている年金の種類	支給されている年金の年額	支給されることとなった年月
	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の遺族年金 <input type="checkbox"/> 国民年金法の <input type="checkbox"/> 母子年金(母子福祉年金を除く。) <input type="checkbox"/> 準母子年金(準母子福祉年金を除く。) <input type="checkbox"/> 遺児年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> 船員保険法の遺族年金	円	年 月

\*  支給  免責  条例附則第3条  
 支給停止 (条の一時金  所在不明)

## 〔注意事項〕

- この報告書は、遺族補償年金の受給権者が提出すること。ただし、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任しているときは、その代表者が代表してこの報告書を提出すれば足りるものであり、他の受給権者は提出する必要はないこと。
- 報告者は、\*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。
- 「廃疾の有無」の項には、該当する個所を○でかこむこと。
- この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。
  - 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の戸籍の謄本又は抄本あるいはこれに代わる市区町村長の発行する証明書
  - 受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族については、その事実を証明することができる書類
  - 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族のうち、廃疾の状態にある者については、その廃疾の状態に関する医師の診断書

様式第17号 (第20条関係)

福祉施設(旅行費)申請書

(実施機関の職氏名)  殿  下記の旅行費の支給を申請します。	申請年月日	年	月	日
	申請者の住所 ふりがな 氏名 年 月 日生(歳)			

1 被災職員に関する事項	所属部局名	職名
	負傷又は発病の年月日	福祉施設の実施の承認年月日

2 旅行費の内訳	(旅行の目的) <input type="checkbox"/> 補装具 ( <input type="checkbox"/> 探型 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 装着) <input type="checkbox"/> 外科後処置 <input type="checkbox"/> 休養 <input type="checkbox"/> リハビリテーション												
	旅行区間	往復	発発	発発	経由	経由	着着	着着					
	旅行期間	年 月 日から		年 月 日まで		泊 日							
	月日	出発地	到着地	宿泊地	鉄 道	船 舶	車	急行料	宿泊数	宿泊料	計		
					路程	運賃	路程	運賃	路程	運賃	金等	泊	円
					Km	円	Km	円	Km	円	円	泊	円
		合 計											

3 旅行費申請金額	円
-----------	---

4 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行	支店	* 受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金				
		口座番号				
	預金名義者					
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行	支店	* 承認金額	円
その他					* 支 払	年 月 日

〔注意事項〕

- 1 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。
- 2 「2 旅行費の内訳」の欄の宿泊料については、その領収書及び明細書を添付すること。

様式第18号 (第20条関係)

## 福 祉 施 設 申 請 書

(実施機関の職氏名) 殿		申請年月日	年	年	日
下記の福祉施設を受けたいので申請します。		申請者の住所			
		ふり が な 氏 名	Ⓔ		
		年 月 日生 ( 歳 )			
1 被災 職員 に関する 事項	所属部局名	職 名			
	負傷又は発病の年月日	年	月	日	治 ゆ 年 月 日
	傷 病 名	障害等級 第 級			
2	福祉施設の種類	<input type="checkbox"/> 補装具 ( <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 再支給 ) <input type="checkbox"/> 外科後処置 <input type="checkbox"/> 休養 <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> アフターケア <input type="checkbox"/> その他			
3	福祉施設を必要とする理由及びその内容	(予定金額) 円			
4	希望する期間	年	月	日から	日間
4		年	月	日まで	
5	希望する施設名及びその所在地				

6 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行	支店	* 受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金				
		口座番号			* 通 知	年 月 日 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
	預金名義者			* 承認金額	円	
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行	支店	* 支 払	年 月 日
その他						

## 〔注意事項〕

- 1 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。
- 2 当該福祉施設に要する金額を予定できる場合は、その予定金額をも記入すること。
- 3 「4希望する期間」の欄には、休養又はリハビリテーションを受けようとする場合にのみ記入すること。
- 4 外科後処置、療養、リハビリテーション又はアフターケアを申請する場合には、その実施を必要と認める旨の医師又は歯科医師の証明書を添付すること。

様式第19号 (第21条関係) (その1)

災害補償記録簿

通知年月日		年	月	日
被災職員に関する事項		被災職員の氏名 退職年月日 職名 所属部局名 住所 生年月日 性別 (男/女) (歳)		
災害発生日時	災害発生の日	年	月	日 (曜日)
	災害発生時刻	前	時	分
災害発生場所	災害発生場所	<input type="checkbox"/> 施設外 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他		
	事故の態様	<input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他		
生状況	災害発生時職務の認定理由等	<input type="checkbox"/> 死亡年月日 <input type="checkbox"/> 治癒年月日 <input type="checkbox"/> 廃疾等級 <input type="checkbox"/> 傷病名・傷病の部位及び傷病の程度		
	補償基礎額	金額	月	日
賠償	故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	傷病補償年金	金額	月	日
障害補償	休業補償	金額	月	日
	障害補償一時金	金額	月	日
遺族補償	遺族補償一時金	金額	月	日
	遺族補償年金	金額	月	日
非祭補償	葬祭を行つた者及びその遺族	金額	月	日
	同僚加害	金額	月	日
第三者加害行為	自動車事故	金額	月	日
	その他	金額	月	日
備考	受給権者	氏名	死亡年月日	支給決定の氏名又は関係
	受給額	金額	月	日
5条による調整関係	受給開始年月	年	月	日
	受給停止年月	年	月	日
5条による調整関係	受給開始年月	年	月	日
	受給停止年月	年	月	日
備考	受給開始年月	年	月	日
	受給停止年月	年	月	日



災害補償記録簿 (第三者加害求償)

災害発生年度		年度	職 種		
被 災 職 員	氏 名				
	所 属 部 局 名				
災害の種類等		<input type="checkbox"/> 負傷 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 廃疾 年 月 日発生			
加 害 の 状 況					
過失割合 (被) : (加)					
加 害 者		住 所		示 該	
契約先		氏 名			
証明書番号		住 所			
証明書番号		氏 名			
被 害 者		住 所		交 渉 状 況 等	
契約先		氏 名			
白 賠 責 保 険 等		備 考			



(その2)

福 祉 施 設 記 録 簿

災害発生年度	年度	職名	福祉施設		記	録	簿	
申請者の氏名等	年 月 日生	被災職員 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 遺族	治 ゆ	年 月 日	年 月 日	障害補償 (第) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
申請者の住所	申請者が遺族の場合被災職員の死亡年月日			年	月	日		
植 装 具	支給・修理・再 支給の別	名 称	個 数	支 払 金 額 円	支 払 年 月 日	旅 行 費 円	支 払 年 月 日	備 考
種 類	実 施 内 容	支 払 金 額 円	支 払 年 月 日	支 払 年 月 日	備 考			
外 科 後 処 置								
休 養 養 護								
リハビリテーション								
そ の 他								
振込先金融 機関名	銀行		支店					
口座番号								









様式第20号 (第26条関係) (その2)

障 害 補 償 年 金 記 録 簿

受給権者の氏名	年金証書の番号	号	故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間	<input type="checkbox"/> 有	年 月 日	日から
受給権者の住所	<input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の障害年金 <input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金 (障害福祉年金を除く。) <input type="checkbox"/> 船員保険法の障害年金 支給されている年金の年額 円					
障害等級	第 第 第	級 ( 級 ( 級 ( )	支給開始年月	年 月	年 月	円
支給開始年月	年 月	年 月	年金証書の記号番号	第 号	年 月	円
障害の部位及びその程度						
支 給 年 月 補償基礎額 円 条 例 第 8 条 に よ る 年 金 額 円 条 例 附 則 第 5 条 に よ る 調 整 又 は 制 限 後 の 年 金 額 円 障 害 補 償 年 金 の 年 額						
支 給 年 月 補償基礎額 円 条 例 第 8 条 に よ る 年 金 額 円 条 例 附 則 第 5 条 に よ る 調 整 又 は 制 限 後 の 年 金 額 円 障 害 補 償 年 金 の 年 額						
振込先金融機関名	銀行	支店	備 考			
口座番号						







様式第21号 (附則第5項関係)

条例附則第3条の一時金請求書

(実施機関の職氏名)  殿  下記の条例附則第3条の一時金を請求します。		請求年月日 年 月 日
		請求者(代表者)の住所 ふりがな氏名 死亡職員との続柄
1 条例附則第3条の一時金 請求金額の計算	(補償基礎額) (倍数) 円× × 1 = 円 (受給権者の数)	
2 条例附則第3条の一時金 請求額	受給権者が1人の場合又は 代表者を選任しない場合	円
	代表者を選任した場合	(1の計算額) (受給権者の数) 円× = 円
3 条例附則第3条の一時金 の申出を行った月までの期 間に係る遺族補償年金の額	年 月分から 年 月分まで	円
4 補償基礎額の1000倍に相 当する額から3の額を差し 引いた額		円
5 条例第3条第2項による 通知を受けた年月日	年 月 日	

6 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	*受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		*決定金額	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合 又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合 円
		口座番号			
	預金名義者				
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行 支店	*通 知	年 月 日
	その他			*支 払	年 月 日
			*年金証書の番号	第 号	

〔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 「1 条例附則第3条の一時金請求金額の計算」の欄中「倍数」の欄には、請求者(代表者)が選択する条例附則第3条の一時金の額の算定の基礎となる倍数を記入すること。
- 3 遺族補償年金の最初の支払に先立って、条例附則第3条の一時金の支給の申出をする者は、「3 条例附則第3条の一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額」及び「4 補償基礎額の1000倍に相当する額から3の額を差し引いた額」の欄には記入しないこと。
- 4 請求者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の請求者の同意書等その者が代表者であることを認めることができる書類、また、代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類を添付すること。



## 附 則

(施行期日等)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 改正後の議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則(以下「改正後の規則」という。)(第六条の三、第十七条及び第十八条の規定は、昭和五十二年四月一日から適用する。

(経過措置)

3 改正後の規則第六条の三の規定は、昭和五十二年四月一日以後に支給すべき事由が生じた葬祭補償について適用し、同日前に支給すべき事由が生じた葬祭補償については、なお従前の例による。

4 議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の一部を改正する条例(昭和五十二年七月鳥取県条例第二十三号。以下「昭和五十二年改正条例」という。)(附則第六項に規定する規則で定める事由は、昭和五十二年改正条例による改正後の議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例(昭和四十二年十二月鳥取県条例第三十一号。以下「改正後の条例」という。)(第十五条の規定によりその例によることとされている地方公務員災害補償法(昭和四十二年法律第二百一十一号)第三十五条第三項の規定により遺族補償年金額を改定して支給されることとする。

5 昭和五十二年改正条例附則第六項に規定する規則で定めるところによつて算定する額は、昭和五十二年改正条例附則第五項に規定する旧支給額に、昭和五十二年改正条例附則第六項及び前項に定める事由(以下この項において「年金額の改定事由」という。)(が生じた日以後における改正後の条例の規定(附則第五条第一項を除く。))により算定した当該

年金たる補償の額を年金額の改定事由が生じなかつたものとした場合の改正後の条例の規定(附則第五条第一項を除く。))により算定した当該年金たる補償の額で除して得た率を乗じて得た額に相当する額(その額が年金額の改定事由が生じた日以後における改正後の条例の規定により算定した当該年金たる補償の額に満たないときは、当該改正後の条例の規定により算定した当該年金たる補償の額に相当する額)とする。

(議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則の一部改正)

6 議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則(昭和四十九年三月鳥取県規則第十一号)の一部を次のように改正する。

附則第三項を削る。