

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 茨城県 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	令和2 年 12 月 24 日
		請求者の住所	(〒〇〇〇 — 〇〇〇〇) 茨城県A市B 1-2-3
		フリガナ氏名	キキン タロウ 基金 太郎
		被災職員との続柄	本人
被災職員に関する事項	1	所属団体名	A市 フリガナ キキン タロウ
		所属部局名	〇〇部 □□課 △△係 記載漏れが多いため注意 平成5 年 2 月 14 日生(被災時26歳)
		職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 共済組合員証・健康保険組合員証 記号 123 第 123456 号 番号 ※保険者番号ではないため注意
		災害発生の日時	令和2 年 5 月 7 日 (木曜日) 午前 2 時 10 分頃 午後
		災害発生の場所	A市本庁舎 職員駐車場内 令第1条職員：短時間勤務職員、常勤的非常勤職員 ※常勤的非常勤職員の場合は、基金の対象職員かどうか確認できる根拠資料を提出すること。
		傷病名	腰部打撲、右橈骨遠位端骨折 診断書に記載されている傷病名と一致させる。
	傷病の部位及びその程度	約4週間の加療を要する見込み	

* 受理	所属部局	任命権者	基金支部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
* 認定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外	* 通知	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、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 「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。
- 「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。
- 「\* 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。

災害発生 の 状 況	2		私は、同僚1名と令和2年5月7日、14時10分に、A市役所駐車場で破棄文書をゴミ処理場に運搬するため、公用車（軽トラック）荷台に破棄文書を積む作業を行っていました。
			私が公用車荷台に上がり、同僚が下から文書を渡す流れで作業を行っていましたが、文書を受取り、荷台奥に積もうとした際に、文書の重さでバランスを崩し、荷台から落下して腰部及び右腕を地面に打ち付けました。
			その後、上司である××課長に報告後、同僚の運転で□□整形外科を受診し、腰部打撲、右橈骨遠位端骨折と診断を受けました。
			なお、□□整形外科に公務災害請求する旨を伝え、受診時の支払いについては全額保留にしてもらっています。
			※5W1Hで記載してください。 ※申請前に転医をした場合は、「〇月〇日にA病院を受診し、その後〇〇の理由で医師の指示により、B病院を△月△日から受診しています。」と詳細に記載してください。
長所 の 証 明 局 の	*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。	被災時所属していた所属の長の証明が必要
		令和2年12月25日 請求年月日以降の日付となる。	所属部局の 名称 A市〇〇〇 所在地 A市〇〇部□□課 長の職・氏名 課長 ×× ×× ← 公印省略可
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	
任命 権 者 の 意 見	*5	9 1 6 令和2年12月26日 任命権者の職・氏名 A市 〇〇 〇〇 通常業務遂行中の負傷のため、公務上の災害と判断する。	漏れやすいため注意すること。 公印省略可

- 5 「\*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。  
 1 義 所属部局の長の証明した日以降の日付となる。  
 2 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。