

傷病特別支給金  
傷病特別給付金申請書

認定 番号	
----------	--

地方公務員災害補償基金北海道支部長... 殿 下記の (傷病特別支給金) (傷病特別給付金) 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
1 被事 災項 職員に 関する	所属団体名	所属部局名
	氏名  年 月 日生( 歳)	職名  <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
2	傷 病 等 級	第 級 号
3	傷病特別支給金申請金額	円
4	傷病特別給付金申請金額の計算	(平均給与額) (日数) (特殊公務災害・国際緊急援助活動特例災害関係の場合) (A) $\left\{ \begin{matrix} (1 + \text{割増率}) \\ (1 + \frac{\quad}{100}) \end{matrix} \right\} \times \frac{20}{100} =$ 円
		(B) $1,500,000 \text{円} \times \frac{\text{(日数)}}{365} =$ 円
		(C) $(\text{(平均給与額)} \times 365 \times \frac{80}{100}) - \text{(傷病補償年金の金額)} =$ 円
5	傷病特別給付金申請金額	円

6 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	銀行 支店	* 傷病等級	第 級 号	
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		* 決定金額	規程の第29条の12の制限	円
		口座番号			特別支給金	円
		預金名義者			特別給付金	円
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店	* 通 知	年 月 日	
	その他				* 特別支給金の支払	年 月 日
* 特別給付金支給開始年月					年 月	

* 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

[注意事項]

- 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。
- 「4 傷病特別給付金申請金額の計算」の欄の「割増率」は、傷病等級第1級の場合は100分の40、第2級の場合は100分の45、第3級の場合は100分の50であること。なお、令第1条職員の場合のこの欄の記入については、別に定めるところによる。
- 「5 傷病特別給付金申請金額」の欄には、「4 傷病特別給付金申請金額の計算」の欄の(A)の金額((A)の金額が(B)の金額を超える場合には、(B)の金額)を記入すること。ただし、当該金額が(C)の金額に満たない場合には(C)の金額を記入すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。