別記第19号（第27条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通知年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | 災害発生の状況 | 災害発生の日時 | | 年　　月　　日（　　曜）  午前・午後　　　時　　　分ごろ | | 障害補償 | □　障害補償年金  □　障害補償一時金 | | |
| 被災職員に関する事項 | ふりがな  氏名  生年月日 | □男  □女  年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 災害発生の場所 | | ｛ | | 第　　　　　　　　　級　　　　　　　　　　号  □準用　　　□併合繰上げ　　　□加重 | | |
| □　年 金 額　　　　　　　　　　　　　　　円  □　一時金額　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 住所 |  | | | 事故の態様 | | ｛ | |
| 年　 　　月　 　　日 | | |
| 所属部局名 |  | | |
| 災害発生時の従事職務認定理由等 | |  | |
| 職名 |  | | | 遺族補償 | □　遺族補償年金  □　遺族補償一時金 | | |
| 退職年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 傷病名・傷病の部位及び程度 | |  | | □　年 金 額　　　　　　　　　　　　　　　円  □　条例附則第３条の一時金額　　　　　　　円  （）  □　一時金額　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 第三者 加害行為 | | □同僚加害　　　□同僚加害以外 | | |
| □自動車事故　　□その他 | | |
| 傷病等級 該当年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| □免責　　□求償　　□一部補償 | | |
| 補償基礎 額・年金補 償基礎額 | | 補償基礎額　　　　 　　円  　 　年　 　月　 　日　決定  年金補償基礎額　　　　 円  　 　年　 　月　 　日　決定 | | | 治ゆ年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 年　 　　月　 　　日 | | |
| 死亡年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 傷病補償年金 | | | 第　　　　　級　　　　　　　号 | | 受給権者 | 氏名 | 死亡職員との続柄又は関係 |
| 故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間 | | □有　　　　　□無 | | |
| 年金額　　　　　　　　　　　円 | |
| 年　　　月　　　日　から  　　　年　　　月　　　日　まで  □休業補償□傷病補償年金□障害補償 | | |  |  |
| 年　　月　　日支給決定 | |
|  |  |
| 条例附則第 ５条による 調整関係 | | 年金の種類  （障害等級第　　級） | 年金の年額 | 年金証書の  記号番号 | | | 支給開始年月 | | 所轄社会保険事務所等 |  |  |
|  |  |
|  | 円 | 第号 | | | 年　　月 | |  | 葬祭補償 | 金額　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 年　 　　月　　 　日　 　支払 | | |
|  | 円 | 第号 | | | 年　　月 | |  | 葬祭を行った者の氏名及び死亡職員との続柄又は関係 | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | |

災害補償記録簿｛

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養補償 | | | | 休業補償 | | | | | | 休業補償 | | | | |
| 支払年月日 | 診療期間 | 診療 実日数 | 支払金額 | 支払年月日 | 診療期間 | 休業 実日数 | 補償 基礎額 | 支払金額 | 備考 | 支払年月日 | 支給に係 る月 | 常時， 臨時の別 | 支払金額 | 備考 |
| 年　月　日  ・　・ | 自 至 | 日 | 円 | 年　月　日  ・　・ | 自 至 | 日 | 円 | 円 |  | 年　月　日  ・　・ | 自 至 |  | 円 |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| 累計 | |  |  | 累計 | |  |  |  |  | 累計 | | |  |  |

災害補償記録簿３号紙　第三者加害求償

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害発生年度 | | | | 年度 | 職種 |  | | |  | | |
| 被災職員 | 氏名 | |  | | | | 加害者等 | 住所 | |  | 示談 |
| 所属部局名 | |  | | | | 氏名 | |  |  |
| 住所 | |  |
| 災害の種類等 | | □負傷　□疾病　□死亡　□障害  　　年　　　月　　　日発生 | | | |
| 氏名 | |  |
| 住所 | |  |
| 加害の状況 | | | | | | | 氏名 | |  |
|  | | | | | | | 交渉状況等 | | | |
|  | | | |
| 過失割合 | | （被）　　：　　（加） | | | | |
| 自賠責保険等 | 加害者 | 契約先 | | | | |
| 証明書番号　　　　　　　　　　　号 | | | | |
| 備考 |  | | | |
| 被害者 | 契約先 | | | | |
| 証明書番号　　　　　　　　　　　号 | | | | |

災害補償記録簿３号紙（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補償状況（） | | | 求償状況 | | | | | | |
| 支払年月日 | 補償の種類 | 支払金額 | 求償予定額 | | 損害賠償額 | | 応償額 | | 備考 |
| 債権取得通知 | 金額 | 納入通知 | 金額 | 収納 | 金額 |
| 年　月　日  ・　　・ |  | 円 | 年　月　日  ・　　・ | 円 | 年　月　日　・　　・ | 円 | 年　月　日  ・　　・ | 円 |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| ・　　・ |  |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  | ・　　・ |  |  |
| 累計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害発生年度 | | 年度 | | 職名 |  | 福祉事業記録簿 | | | | | | |
| 申請者の氏名等 | | | 年　月　日生 | | 被災職員との続柄 | □本人  □遺族 | 治癒年月日 | | | 年　月　日 | 障害補償□該当  □非該当  （第　　　級） | |
| 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 | | |
| 種類 | | | | 実施内容 | | | | 支払金額 |  | | | 備考 |
| 外科後処置 | | | |  | | | | 円 | 年　　月　　日  ・　　・ | | |  |
| 補装具 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| リハビリテーション | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 休養 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| アフターケア | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 休業援護金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 在宅介護を行う介護人の派遣 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 介護用機器 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 在宅介護のための住宅 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 奨学援護金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 就労保育援護金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 傷病特別支給金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 障害特別支給金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 遺族特別支給金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 障害特別援護金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 遺族特別援護金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 傷病特別給付金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 障害特別給付金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 遺族特別給付金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 障害差額特別給付金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 長期家族介護者援護金 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 身体障害者用自動車 | | | |  | | | |  |  | | |  |
| 振込先金融機関名 | 銀行　　　　　支店 | | | | |  | | | | | | |
| 口座番号 |  | | | | |

福祉事業記録簿｛

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払年月日 | 種類 | 支払金額 | 備考 | 支払年月日 | 種類 | 支払金額 | 備考 |
| 年　　月　　日  ・　　・ |  | 円 |  | 年　　月　　日  ・　　・ |  | 円 |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | ・　　・ |  |  |  |
| ・　　・ |  |  |  | 累計 |  |  |  |