様式第4号(第8条関係)

()

()

所属部局の長の証明

()

被災職員に関する事項

休業補償請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 請求回数 | 第　　　回 |
| （実施機関の職氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　様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　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 |
| 2請求日数等 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | のうち　　日 | 全部休業した日数　　　日一部休業した日数　　　日 |
|
| 全部休業した日に支払われた給与の総額　　　　円一部休業した日に支払われた給与の総額　　　　円 |
| ＊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。　　　　　　　　年　　月　　日所在地所属部局の　　名称長の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 4休業補償 | 全部休業した日についての計算 | （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 |
| (Ａ)　　　　円× |
| × |  | －　　　円＝　　　円 |
| 一部休業した日についての計算 | （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 |
|
| (Ｂ)　　　　　　　　　　　　　　　　　60 |
| （　　　　円×　　　－　　　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 | □　　　　　　の被保険者である。　　□被保険者でない。 |

|  |  |
| --- | --- |
| ＊6医師の証明 | 傷病名 |
| 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　日まで | 　現在の状態年　　月　　日　* 治ゆ　□死亡　□中止　□転医
* 継続中

　 |
| 上記のとおりであることを証明します。　　　　　　年　　月　　日　所在地医療機関の　　名称医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| □普通預金　　□当座預金 | ＊決定金額 | 条例第10条の制限□有　□無 |
| 口座番号 |  |
| 円 |
| 預金名義者 |  |
| ＊通知 | 年　　月　　日 |
| 送金小切手 | 受取先金融機関名 | 　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　「2　請求日数等」の欄には、粕屋町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第8条ただし書及び同条例施行規則第7の2に該当する日がある場合は、当該日数を控除した日数を記入すること。

3　「＊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。

4　「5　厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、請求する休業補償と同一の事由により条例附則第5条第2項の表の左欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□　　　　の被保険者である。」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に、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年金事務所名等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る休業補償の支給決定後に条例附則第5条第2項の表の左欄に掲げる年金たる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。