

四日市市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をここに公布する。

令和3年3月18日

四日市市長 森 智 広

#### 四日市市規則第17号

四日市市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

四日市市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（昭和44年四日市市規則第18号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p>（審査の申立て）</p> <p>第22条 （略）</p> <p>2 前項の書面（以下「審査申立書」という。）には、次に掲げる事項を記載し、審査を申し立てようとする者が記名して、正副2通を、書類、記録その他の資料を添えて審査会に提出しなければならない。</p> <p>（1）から（6）まで （略）</p> <p>3 （略）</p> <p>附 則</p> <p>1 から 6 まで （略）</p> <p>7 障害補償年金は、附則第3項本文の規定による申出が行われた場合にあっては、当該障害補償年金を支給すべき事由が生じた日（同項ただし書の規定による申出が行われた場合にあっては、当該申出が行われた日）の属する月の翌月から、次に掲げる額の合計額</p>	<p>（審査の申立て）</p> <p>第22条 （略）</p> <p>2 前項の書面（以下「審査申立書」という。）には、次に掲げる事項を記載し、審査を申し立てようとする者が記名<u>押印</u>して、正副2通を、書類、記録その他の資料を添えて審査会に提出しなければならない。</p> <p>（1）から（6）まで （略）</p> <p>3 （略）</p> <p>附 則</p> <p>1 から 6 まで （略）</p> <p>7 障害補償年金は、附則第3項本文の規定による申出が行われた場合にあっては、当該障害補償年金を支給すべき事由が生じた日（同項ただし書の規定による申出が行われた場合にあっては、当該申出が行われた日）の属する月の翌月から、次に掲げる額の合計額</p>

が当該障害補償年金前払一時金の額に達するまでの間、その支給を停止するものとする。

(1) (略)

(2) 前号の支払期月から1年を経過する月後の各月に支給されるべき障害補償年金の額を、負傷若しくは死亡の原因である事故の発生日又は診断によって疾病の発生日が確定した日（以下「災害発生日」という。）における法定利率に当該支払期月以後の経過年数（当該年数に1年未満の端数があるときは、これを切り捨てた年数）を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額

8 前項の規定による障害補償年金の支給の停止が終了する月に係る障害補償年金の額は、当該終了する月が、同項に規定する支払期月から起算して1年以内の場合にあっては、当該障害補償年金前払一時金の額から同項の規定により各月に支給されるべき当該障害補償年金の額の全額につき支給が停止される期間に係る同項の規定による合計額（以下この項において「全額停止期間に係る合計額」という。）を差し引いた額、当該支払期月から起算して1年を超える場合にあっては、当該障害補償年金前払一時金の額から全額停止期間に係る合計額を差し引いた額に災害発生日における法定利率に当該終了する月の同項に規定する経過年数を乗

が当該障害補償年金前払一時金の額に達するまでの間、その支給を停止するものとする。

(1) (略)

(2) 前号の支払期月から1年を経過する月後の各月に支給されるべき障害補償年金の額を、100分の5に当該支払期月以後の経過年数（当該年数に1年未満の端数があるときは、これを切り捨てた年数）を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額

8 前項の規定による障害補償年金の支給の停止が終了する月に係る障害補償年金の額は、当該終了する月が、同項に規定する支払期月から起算して1年以内の場合にあっては、当該障害補償年金前払一時金の額から同項の規定により各月に支給されるべき当該障害補償年金の額の全額につき支給が停止される期間に係る同項の規定による合計額（以下この項において「全額停止期間に係る合計額」という。）を差し引いた額、当該支払期月から起算して1年を超える場合にあっては、当該障害補償年金前払一時金の額から全額停止期間に係る合計額を差し引いた額に100分の5に当該終了する月の同項に規定する経過年数を乗じて得た数に1を

じて得た数に1を加えた数を乗じて得た額を、それぞれ当該終了する月に支給されるべき当該障害補償年金の額から差し引いた額とする。

9から13まで (略)

14 遺族補償年金は、附則第9項本文の規定による申出が行われた場合にあっては、当該遺族補償年金を支給すべき事由が生じた日（同項ただし書の規定による申出が行われた場合にあっては、当該申出が行われた日）の属する月（条例附則第4条の2第2項の規定に基づき遺族補償年金を受けることができることとされた遺族であって当該遺族補償年金を受ける権利を有することとなったもの（以下この項において「特例遺族補償年金受給権者」という。）が附則第9項本文の規定による申出を行った場合にあっては、その者が当該遺族補償年金に係る職員の死亡の時期に応じ条例附則第4条の2第2項の表の右欄に掲げる年齢（以下この項及び附則第18項において「支給停止解除年齢」という。）に達する月）の翌月から、次に掲げる額の合計額（特例遺族補償年金受給権者が附則第9項本文の規定による申出を行った場合にあっては、支給停止解除年齢に達する月までの間に係る額を除く。）が当該遺族補償年金前払一時金の額に達するまでの間、その支給を停止するものとする。

(1) (略)

加えた数を乗じて得た額を、それぞれ当該終了する月に支給されるべき当該障害補償年金の額から差し引いた額とする。

9から13まで (略)

14 遺族補償年金は、附則第9項本文の規定による申出が行われた場合にあっては、当該遺族補償年金を支給すべき事由が生じた日（同項ただし書の規定による申出が行われた場合にあっては、当該申出が行われた日）の属する月（条例附則第4条の2第2項の規定に基づき遺族補償年金を受けることができることとされた遺族であって当該遺族補償年金を受ける権利を有することとなったもの（以下この項において「特例遺族補償年金受給権者」という。）が附則第9項本文の規定による申出を行った場合にあっては、その者が当該遺族補償年金に係る職員の死亡の時期に応じ条例附則第4条の2第2項の表の右欄に掲げる年齢（以下この項及び附則第18項において「支給停止解除年齢」という。）に達する月）の翌月から、次に掲げる額の合計額（特例遺族補償年金受給権者が附則第9項本文の規定による申出を行った場合にあっては、支給停止解除年齢に達する月までの間に係る額を除く。）が当該遺族補償年金前払一時金の額に達するまでの間、その支給を停止するものとする。

(1) (略)

(2) 前号の支払期月から1年を経過する月後の各月に支給されるべき遺族補償年金の額を、災害発生の日における法定利率に当該支払期月以後の経過年数（当該年数に1年未満の端数があるときは、これを切り捨てた年数）を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額

15 前項の規定による遺族補償年金の支給の停止が終了する月に係る遺族補償年金の額は、当該終了する月が、同項に規定する支払期月から起算して1年以内の場合にあっては、当該遺族補償年金前払一時金の額から同項の規定により各月に支給されるべき当該遺族補償年金の額の全額につき支給が停止される期間に係る同項の規定による合計額（以下この項において「全額停止期間に係る合計額」という。）を差し引いた額、当該支払期月から起算して1年を超える場合にあっては、当該遺族補償年金前払一時金の額から全額停止期間に係る合計額を差し引いた額に災害発生の日における法定利率に当該終了する月の同項に規定する経過年数を乗じて得た数に1を加えた数を乗じて得た額を、それぞれ当該終了する月に支給されるべき当該遺族補償年金の額から差し引いた額とする。

16から18まで （略）

(2) 前号の支払期月から1年を経過する月後の各月に支給されるべき遺族補償年金の額を、100分の5に当該支払期月以後の経過年数（当該年数に1年未満の端数があるときは、これを切り捨てた年数）を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額

15 前項の規定による遺族補償年金の支給の停止が終了する月に係る遺族補償年金の額は、当該終了する月が、同項に規定する支払期月から起算して1年以内の場合にあっては、当該遺族補償年金前払一時金の額から同項の規定により各月に支給されるべき当該遺族補償年金の額の全額につき支給が停止される期間に係る同項の規定による合計額（以下この項において「全額停止期間に係る合計額」という。）を差し引いた額、当該支払期月から起算して1年を超える場合にあっては、当該遺族補償年金前払一時金の額から全額停止期間に係る合計額を差し引いた額に100分の5に当該終了する月の同項に規定する経過年数を乗じて得た数に1を加えた数を乗じて得た額を、それぞれ当該終了する月に支給されるべき当該遺族補償年金の額から差し引いた額とする。

16から18まで （略）

第2号様式から第11号様式までを次のように改める。

第2号様式（第8条関係）

地方公務員災害補償  
療養の給付請求書

(実施機関の職氏名) ..... 下記の指定医療機関等における療養の 給付を請求します。		請求年月日 年 月 日		
		請求者の住所.....		
		ふりがな 氏 名.....		
1 被 関 災 職 員 事 項 に 関 する	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 療養を受けようとする指定医療機関等		(新) 所在地		
		名 称		
		(旧) 所在地		
		名 称		
*受 理	年 月 日		*通 知	年 月 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等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等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等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。

第3号様式（第8条関係）

地方公務員災害補償  
療養補償請求書

		請求回数	第 回
(実施機関の職氏名) ..... 下記の療養補償を請求します。		請求年月日 年 月 日	請求者の住所 ふりがな 氏 名.....
1 補償費用の受領委任	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。 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.....		
2 被災職員に関する事項	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
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"/> 訪問看護	内訳は「*10 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 附添婦 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで	日間 円
5 移 送 費	交通費 から まで <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 キロメートル		円
	その他の移送費		円
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
	振込先 金融機関名	銀行 支店	*受 理 年 月 日

8 送金希望の場合	口座振替	□普通預金 □当座預金		*決定金額	円
		口座番号			
		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
	その他				

\* 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 年月日まで			
	イ		イ 年月日	診療実日数	日			
	ウ		ウ 年月日	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	回					
		内科再診	回					
		時間外	回					
		休日・深夜	回					
指導		回						
往診	普通	回						
	夜間	回						
	深夜・暴風雨雪・難路	回						
(4) 投薬料	内服	{ 薬剤 調・処	単位 回					
	屯服	{ 薬剤 調・処	単位 回					
	外用	{ 薬剤 調・処	単位 回					
(5) 注射料	皮下筋肉内		回					
	静脈内		回					
	その他		回					

(6)	処置料	薬 剤	回	回	回	
(7)	手麻術酔・料	薬 剤	回	回	回	
(8)	検査料	薬 剤	回	回	回	
(9)	レゲント料		回	回		
(10)	その他					
(11)	入院	入院年月日	年 月 日			
		病室	基食	看特2	入院時基本診療料 (室料・看護料・給食料)	給点
	院	普	看特1	食有	×	日間
			看特1	食無	×	日間
	診療所	食	看1	特食	×	日間
			看2	入院時医学管理料		
			看3	2週間以内	×	日間
その他	基	看2	2週間超～1月以内	×	日間	
	衣	看2	1月超～3月以内	×	日間	
その他	衣	看3	3月超	×	日間	
(12)	診療報酬点数表により計算できる合計額		合計点数×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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">診療機関の { 所在地 名 称 医師の氏名</p>																																					
*10 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)																																			
傷病名		(訪問看護期間)																																			
傷病の経過		<p style="text-align: right;">年 月 日から</p> <p style="text-align: right;">年 月 日まで</p> <p style="text-align: right;">訪問看護の回数 回</p>																																			
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日	年 月 日																																		
	円 × 回 円	主治医への直近報告年月日	年 月 日																																		
	准看護師	訪問日	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
1	2	3	4	5	6	7																															
8	9	10	11	12	13	14																															
15	16	17	18	19	20	21																															
22	23	24	25	26	27	28																															
29	30	31																																			
管理療養費	初 日 円																																				
	2回目以降 円																																				
情報提供療養費	提供した情報の概要																																				
	<p style="text-align: right;">円</p> <p>情報提供先の市区町村名</p>																																				
ターミナルケア療養費	死亡年月日 年 月 日 円	(備考)																																			
合計	円																																				
<p>訪問看護の指示を受けた医療機関の名称及び主治医の氏名</p> <p>医療機関の名称</p> <p>主治医氏名</p>																																					

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

訪問看護事業者の 名称

代表者氏名

〔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 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関又は訪問看護を行った訪問看護事業者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（訪問看護を除く。）」及び「5 移送費」については、費用の領収書又はこれにか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事料及び「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」の欄の記入にか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。

第4号様式（第8条関係）

地方公務員災害補償  
休業補償請求書

		請求回数	第 回					
(実施機関の職氏名) ..... 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 被に事 災関 職す 員る項	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 年 月 日まで のうち 日 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td>全部休業した日数</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>一部休業した日数</td> <td>日</td> </tr> </table>			{	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 所長 の部 証明 の	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 所属部局の <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>名称</td> </tr> <tr> <td>長の職・氏名</td> </tr> </table>			{	所在地	名称	長の職・氏名	
{	所在地							
	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 × $\frac{60}{100}$ = 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) ( 円 × - 円) × $\frac{60}{100}$ = 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	
	請求日数のうち療養のため勤務することができなかつたと認められる日数 年 月 日から 年 月 日まで のうちの 日	現在の状態 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 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	
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		* 決定金額	条例第10条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		口座番号			円	
		預金名義者			* 通知	年 月 日
	送金手 その他	受取先金融機関名	銀行 支店		* 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✓印を記入すること。
- 「2 請求日数等」の欄には、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第8条ただし書及び同条例施行規則第7条の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。
- 「\*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。
- 「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四日市市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。）附則第6条第2項の表の上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 $\surd$ 印を記入するとともに、その適用を受ける法令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、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第6条第2項の表の上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、速やかにその旨を書類で報告すること。

第4号の2様式（第8条関係）

傷病補償年金請求書

(実施機関の職氏名)		請求年月日 年 月 日			
		請求者の住所.....			
下記の傷病補償年金を請求します。		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	傷病等級	年 月 日		
該当年月日					
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 傷病等級		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	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10条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	*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 「7 厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、請求する傷病補償年金と同一の事由により四日市市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。）附則第6条第1項の表の中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✓印を記入するとともに、その適用を受ける法令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、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第6条第1項の表の中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、速やかにその旨を書類で報告すること。

第4号の3様式（第8条関係）

傷病補償年金変更請求書

(実施機関の職氏名) .....  下記のとおり傷病補償年金の変更を請求します。	請求年月日 年 月 日		
	請求者の年金証書の番号.....第.....号.....		
	住 所.....		
	ふ り が な 氏 名.....		
1 現在受けている傷病補償年金の傷病等級	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	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*傷病等級	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。

第5号様式（第8条関係）

地方公務員災害補償  
年金  
障害補償一時金  
請求書

(実施機関の職氏名) ..... 下記の障害補償を請求します。		請求年月日 年 月 日		請求者の 住 所.....		
		ふりがな 氏 名.....				
1 被 災 す 職 員 事 に 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	年 金	(年金補償基礎額) 円×	(倍数)	= 円	
	請求金額	一時金	(補償基礎額) 円×	(倍数)	= 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10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 者 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		*年金証書 の 番 号	第 号
				*年金支給 開始年月	年 月	
	そ の 他			*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☑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、請求する障害補償年金と同一の事由により四日市市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。）附則第6条第1項の表の中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☑印を記入するとともに、その適用を受ける法令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、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第6条第1項の表の中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、速やかにその旨を書類で報告すること。

第5号の2様式（第8条関係）

障害補償年金差額一時金請求書

実施機関の職氏名 ..... 下記の障害補償年金差額一時金を請求 します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者 の住所.....	
		ふりがな 氏名.....	
		死亡した障害補償 年金の受給権者 との続柄又は関係.....	
1 死亡した 障害補償年 金の受給権 者に関する 事項	所属部局名		職 名
	氏 名		
	年 月 日生（ 歳）		
	死亡年月日 年 月 日	年金証書 第	号
死亡時の 障害等級 第 級		既存障害と その程度	
2 障害補償 年金差額一 時金請求金 額の計算等	受給権者の 氏 名	死亡職員との 続柄又は関係	支給された 年金の額の合計 円
			支給された 前払一時金の額 円
	$\left( \begin{array}{l} \text{補 償} \\ \text{基礎額} \end{array} \right) \left( \begin{array}{l} \text{乗すべき} \\ \text{数 (ア)} \end{array} \right) \left( \begin{array}{l} \text{支給された年金及び} \\ \text{前払一時金の額の合計} \end{array} \right)$		
	$\left\{ \quad \text{円} \times \quad - \quad \text{円} \right\} \times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \quad \text{円}$		
3 障害補償 年金差額一 時金の請求 金額	円		

4 送金希望の場合	振込み	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			*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					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 「1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項」の「既存障害とその程度」の欄には、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 「2 障害補償年金差額一時金請求金額の計算等」の「(乗すべき数)」の項には、障害等級に応ずる条例附則第3条の3第1項の表の右欄に掲げる補償基礎額に乗すべき数をそれぞれ記入すること。
- 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他の補償の請求に関し、既に提出されている書類又はその写については、添付の必要はないこと。
  - (1) 障害補償年金の受給権者の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他当該障害補償年金の受給権者の死亡の事実を証明する書類又はその写
  - (2) 請求者と死亡した障害補償年金の受給権者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
  - (3) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、障害補償年金の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

- (4) 請求者が、障害補償年金の受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹であるときは、障害補償年金の受給権者の死亡の当時生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
- (5) 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
- (6) 請求者が、死亡した障害補償年金の受給権者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



7 送金希望の場合	振込み	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		*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。
- 2 「2 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 「5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額」の欄には、障害補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。
- 4 「6 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等」の欄については、請求者が選択する□に✓印を記入すること。

第6号様式（第8条関係）

障害補償変更請求書

(実施機関の職氏名) ..... 下記のとおり障害補償の変更を請求します。	請求年月日 年 月 日	
	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	(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
		*支 払 (一時金)	.....年.....月.....日
*決定金額	<input type="checkbox"/> 年 金.....円 <input type="checkbox"/> 一 時 金.....円	*支払開始	.....年.....月

[注意事項]

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 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。

第6号の2様式（第8条関係）

介護補償請求書

請求回数	第 回
------	-----

(実施機関の職氏名) ..... 下記の介護補償を請求します。		請求年月日 年 月 日		
		請求者の住所 ..... ふりがな ..... 氏 名 .....		
1 被に事 災関 職す 員る項	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	傷病等級又は障害等級 <input type="checkbox"/> 傷病等級 (第 級 号) <input type="checkbox"/> 障害等級 (第 級 号)	3	年金証書の 番 号 第 号	
4	介護を要する状態の 常時又は随時の別	<input type="checkbox"/> 常時介護を要する状態 <input type="checkbox"/> 随時介護を要する状態		
5 請求金額等	請求対象年月	介護費用を支出せずに 介護を受けた日の有無	介護費用として支 出した 額	請 求 月 額
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円
	介護補償請求金額 (請求月額合計)			円
6	介護を受けた場所	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等 (名称: ..... ) 入院・入所期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )		
7 介事 護した 従者	氏 名	請求者との 続柄又は関係	請求者が介護を受けた期間	
			年 月 日 ~ 年 月 日	
			年 月 日 ~ 年 月 日	
			年 月 日 ~ 年 月 日	

8 送金希望の場合	振込み	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		*通 知	年 月 日	
	送金 小切手	受取先 金融機関名			銀行 支店
	その他				*支 払

[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 「5 請求金額等」の欄の「請求対象年月」、「介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無」、「介護費用として支出した額」及び「請求月額」の項には、一の月ごとに記入すること。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えない。
- 3 「7 介護に従事した者」の欄には、介護費用を支出せずに介護を受けた日がある場合に当該介護を行った者について記入すること。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えない。
- 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書（ただし、第2回目以後の請求において介護を要する状態の常時又は随時の別に変更がない場合には、省略することができる。）
  - (2) 介護補償を受けようとする期間における介護の事実並びに当該介護に従事した者の氏名及び請求者との続柄又は関係を記載した書類（ただし、第2回目以後の請求において一の月に介護費用を支出せず介護を受けた日があり当該介護を行う者が前回の請求における介護費用請求書に記載された者と変更がない場合で、当該月に係る介護補償の請求月額が 円（随時介護を要する状態にあるときは 円）である月があるときには、その月に係る当該書類の添付を省略することができる。）
  - (3) 介護費用を支出して介護を受けた日がある場合にあっては、当該介護を受けた年月日及び時間並びに当該介護費用として一の月に支出した額を証明することができる書類（ただし、第2回目以後の請求において一の月に介護費用を支出せず介護を受けた日がある場合で、当該月に係る介護補償の請求月額が 円（随時介護を要する状態にあるときは 円）である月があるときには、その月に係る当該書類の添付を省略することができる。）

第7号様式（第8条関係）

遺族補償年金請求書

(実施機関の職氏名) ..... 下記の遺族補償年金を請求します。		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 死亡職員に関する事項	所属部局名			職名			
	氏名						
	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られる遺族	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	(年金補償基礎額) (乗すべき数) $\text{円} \times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \text{円}$						

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 × = 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		*決定年額	円
		口座番号			
	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	* 年金証書の番号	第 号
	そ の 他			* 支給開始年 月	年 月

[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 「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㊦、その者が代表者であるときは㊧、その者が障害等級第7級以上の障害の状態にあるときは㊨、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは㊩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四日市市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。）附則第6条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「□ の被保険者であった。」の□に☑印を記入するとともに、その適用を受ける法令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、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第6条第1項の表の中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、速やかにその旨を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、検視調書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

（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級以上の障害の状態にあるとき（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障害の状態にあったこと及び当該障害の状態が生じ、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級以上の障害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障害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

第8号様式（第8条関係）

遺族補償年金前払一時金請求書

(実施機関の職氏名) ----- 下記の遺族補償年金前払一時金を 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 遺族補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日				
2 年金証書の番号	第		号		
3 遺族補償年金前払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の合計額	年 月分から	年 月分まで	円		
4 代表者の選任等	<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				
5 請求者（代表者）が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算等	補償基礎額の <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍	に相当する額	(1) 請求額 (補償基礎額) 円 × 倍 × $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}}$ = 円		
			(2) 請求額の合計額 ((1)の請求額) (受給権者の数) 円 × = 円		
6 送金希望の場合	振込み	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	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。
- 2 「3 遺族補償年金前払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の合計額」の欄には、遺族補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないこと。
- 3 「4 代表者の選任等」の欄には、該当する□に☑印を記入すること。
- 4 「5 請求者（代表者）が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算等」の欄については、請求者（代表者）が選択する□に☑印を記入すること。
- 5 この請求書には、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、その旨を証明する書類、また、代表者を選任しないときは、その旨を記載した書類を添付すること。

遺族補償一時金請求書

(実施機関の職氏名)  -----  下記の遺族補償一時金を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の住所 -----  ふりがな氏名 -----  死亡職員との続柄又は関係 -----	
1  死 関 連 す る 職 員 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	
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
	$\left( \text{円} \times 400 \times \frac{\quad}{100} - \text{円} \right) \times \frac{1}{\quad} = \text{円}$		
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	
		□普通預金 □当座預金		*決定金額	円	
		口座番号				
		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					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、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
  - (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

第10号様式（第8条関係）

地方公務員災害補償  
葬 祭 補 償 請 求 書

(実施機関の長の職氏名) ..... 下記の葬祭補償を請求します。		請求年月日	年 月 日
		請求者の住所 .....	
		氏 名	.....
		職員との続柄 又は 関係	.....
1 死亡 職員 事項 に 関	(所属部局)		
	(氏 名) 年 月 日 生		
	(職 種)		
	(死亡年月日) 年 月 日		
2 葬祭補償 請求金額	請求金額の 計 算	(1) (補償基礎額) 円 + × 30 =	円
		(2) (補償基礎額) × 60 =	円
	(1)、(2)のうち多い金額		円
3	添付する書類その他の 資料名		

4 送金 希望 の 場合	振 込 先	銀行 支店		
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		
	振 込 口 座	住所		
		氏名		

※受 理	年 月 日
※決 定	年 月 日
※支 払	年 月 日
※決定金額	円

[注意事項]

- 1 請求者は※印の欄には記入しないこと。(該当する□に☑印を記入すること。)
- 2 「4 送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。
- 3 この請求書には、葬祭を行った事実を認めることのできる書類を添付すること。

第11号様式（第8条関係）

地方公務員災害補償  
未支給の補償請求書

(実施機関の長の職氏名)		請求年月日 年 月 日	
		請求者の住所..... 氏 名..... 死亡した受給権者との続柄	
下記の未支給の補償の支給を請求します。			
1 死亡した受給権者	氏 名		
	死亡年月日	年 月 日	
2 未支給の補償の種類	{ 年金たる補償のときは 第 号 } { 年金証書の番号		
3 未支給の補償請求額			円
4 添付する書類その他の資料名			

5 送 金 希 望 の 場 合	支 払 先	銀行 支店		
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		
	振 込 口 座	住所		
		氏名		

※受 理	年 月 日
※決 定	年 月 日
※支 払	年 月 日
※決定金額	円

[注意事項]

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「5送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。
- 3 この請求書には、次に掲げる書類又は資料を添付すること。ただし、請求者が、未支給の補償とあわせて、遺族補償を請求する場合には、当該遺族補償を請求するために提出すべき書類又は資料については、添付する必要はない。
  - (1) 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
  - (2) 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
    - イ 請求者の氏名、本籍及び死亡受給権者との続柄に関し市町村長又は区長の発行する証明書（戸籍の謄本又は抄本でもよい。）
    - ロ 請求者が死亡受給権者の死亡の当時その他と生計を同じくしていたことを認めることのできる書類
    - ハ 請求者が、婚姻の届出をしていないが、死亡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ものであるときは、その事実を認めることのできる書類
  - (3) 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
  - (4) 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な書類その他の資料

第13号様式から第16号様式までを次のように改める。



\*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) 傷病及び障害の現状

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入してください。

(日常生活の状況)

- ① 行動能力  終日臥床 (理由 )  
 自宅、病棟内でのみ行動できる。  
 通院 (単独歩行) できる。
- ② 食 事  全く自用を弁じない。 (理由 )  
 他人の介助によってできる。  
 支障がない。
- ③ 用 便  全く自用を弁じない。 (理由 )  
 他人の介助によってできる。  
 支障がない。
- ④ 精神能力  常に他人の嚴重な注意を要する。 (理由 )  
 随時他人の注意を要する。  
 通院可能であるが就労できない。
- ⑤ 言語能力  完全な失語又は構音機能の喪失 (理由 )  
 他人との間でようやく意思を通じ  
合うことができる。  
 支障がない。

(4) 傷病及び障害の今後の見込み

(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

医療機関の { 所在地  
名 称  
医師の氏名



\* 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。ただし、器質的障害のみの場合であっても介護補償を受けている者については、(2)の欄について記入してください。)

(1) 障害の種類

(2) 障害の現状

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入してください。  
(日常生活の状況)

① 行動能力	<input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる。 <input type="checkbox"/> 通院 (単独歩行) できる。	(理由 )
② 食 事	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない。 <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる。 <input type="checkbox"/> 支障がない。	(理由 )
③ 用 便	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない。 <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる。 <input type="checkbox"/> 支障がない。	(理由 )
④ 精神能力	<input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する。 <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する。 <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない。	(理由 )
⑤ 言語能力	<input type="checkbox"/> 完全な失語又は構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ 合ふことができる。 <input type="checkbox"/> 支障がない。	(理由 )

(3) 障害の今後の見込み

(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

医療機関の { 所在地  
                  { 名 称  
                  { 医師の氏名

第 14 号様式 (第 15 条関係)

遺 族 の 現 状 報 告 書

(実施機関の職氏名)  .....  下記のとおり遺族の現状を報告します。  <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     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 氏 名.....                 </div>						
1 死亡職員の氏名		(死亡年月日 年 月 日)				
2 <small>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られる遺族</small>	氏 名	生年月日	住 所	死亡職員との続柄	障害の有無	
					有 ・ 無	
						有 ・ 無
						有 ・ 無
						有 ・ 無
						有 ・ 無
3 <small>公的年金の受給関係</small>	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	所管年金 事務所名等	
		円	第 号	年 月		
		円	第 号	年 月		
* <input type="checkbox"/> 支給 ( <input type="checkbox"/> 免責 <input type="checkbox"/> 条例附則第3条 ) <input type="checkbox"/> 支給停止 ( の一時金 <input type="checkbox"/> 所在不明 )						

[注意事項]

- 1 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。
- 2 報告者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 3 「障害の有無」の項には、該当する箇所を○でかこむこと。
- 4 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 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
  - (2) 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
  - (3) 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、障害の状態にある者については、その障害の状態に関する医師の診断書

遺族補償年金支給停止申請書

(実施機関の長の職氏名)  .....  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。	申請年月日                      年   月   日			
	申請者の年金 証書の番号    第.....号 住            所 ..... 氏            名 ..... 生年月日        .....年.....月.....日 所在不明者 との続柄			
1	年金証書の番号.....第.....号..... 氏            名..... 最 後 の 住 所..... 所在不明となっ.....年.....月.....日..... た年月日 所在不明の事由			
2	氏            名	住            所	年 金 証 書 の 番 号	所在不明者 との続柄
3	添付する書類 その他の資料名			
※受 理	年   月   日		※決定内容	年   月 分から停止
※決 定	年   月   日			

〔注意事項〕

- 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「1 所在不明者」の年金証書の番号欄は、その番号が不明のときは記入する必要はない。
- 3 「申請者の同順位者」の欄には、所在不明者と同順位者があるときについて記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項の記入を要しない。
- 4 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。



附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正後の四日市市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附則第7項及び第8項並びに同附則第14項及び第15項の規定は、令和2年4月1日以後になされた障害補償年金の支給停止及び遺族補償年金の支給停止について適用し、同日前になされた障害補償年金の支給停止及び遺族補償年金の支給停止については、なお従前の例による。

(総務部人事課)