

四日市市消防団員等公務災害補償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 7 年 3 月 3 1 日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第 6 7 号

四日市市消防団員等公務災害補償条例施行規則の一部を改正する規則

四日市市消防団員等公務災害補償条例施行規則（昭和 5 8 年四日市市規則第 2 5 号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
（年金に関する異動報告） 第 1 3 条 年金たる補償を受ける者は、次の各号の一に該当する事由が生じたときは、速やかに年金に関する異動報告書（第 1 4 号様式）を市長に提出しなければならない。 (1) 及び (2) （略） (3) <u>非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令（昭和 3 1 年政令第 3 3 5 号。以下「政令」という。）</u>第 8 条の 3 第 1 項（第 1 号を除く。）の規定により遺族補償年金を受ける権利が消滅したとき。 (4) から (6) まで （略） 2 （略） （休業補償の適用除外） 第 1 6 条 休業補償のうち、次に掲げる場合には、その補償を行わないものとする。 (1) <u>拘禁刑</u>若しくは拘留の刑の執行のた	（年金に関する異動報告） 第 1 3 条 年金たる補償を受ける者は、次の各号の一に該当する事由が生じたときは、速やかに年金に関する異動報告書（第 1 4 号様式）を市長に提出しなければならない。 (1) 及び (2) （略） (3) <u>政令</u>第 8 条の 3 第 1 項（第 1 号を除く。）の規定により遺族補償年金を受ける権利が消滅したとき。 (4) から (6) まで （略） 2 （略） （休業補償の適用除外） 第 1 6 条 休業補償のうち、次に掲げる場合には、その補償を行わないものとする。 (1) <u>懲役、禁錮</u>若しくは拘留の刑の執行

め若しくは死刑の言渡しを受けて刑事施設（少年法（昭和２３年法律第１６８号）第５６条第３項の規定により少年院において刑を執行する場合における当該少年院を含む。）に拘置されている場合、労役場留置の言渡しを受けて労役場に留置されている場合又は法廷等の秩序維持に関する法律（昭和２７年法律第２８６号）第２条の規定による監置の裁判の執行のため監置場に留置されている場合 (2) （略）	のため若しくは死刑の言渡しを受けて刑事施設（少年法（昭和２３年法律第１６８号）第５６条第３項の規定により少年院において刑を執行する場合における当該少年院を含む。）に拘置されている場合、労役場留置の言渡しを受けて労役場に留置されている場合又は法廷等の秩序維持に関する法律（昭和２７年法律第２８６号）第２条の規定による監置の裁判の執行のため監置場に留置されている場合 (2) （略）
---	---

第５号様式から第９号様式までを次のように改める。

☐ 消防団員 ☐ 消防作業従事者 ☐ 水防従事者 ☐ 応急措置従事者 ☐ 救急業務協力者	休業補償費支払請求書	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">請求第</td> <td style="width: 50%;">回</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>	請求第	回	年 月 日																																																																																			
請求第	回																																																																																							
年 月 日																																																																																								
四日市市長 下記のとおり休業補償費の支払いを請求します。		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">請求者の 住所、氏名</td> <td style="width: 50%;">※署名又は記名押印</td> </tr> </table>	請求者の 住所、氏名	※署名又は記名押印																																																																																				
請求者の 住所、氏名	※署名又は記名押印																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">ふりがな 消防団員等の氏名</td> <td style="width: 40%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">事故 事故発生日</td> <td style="width: 50%;"> 別添証明書記載のとおり 年 月 日 </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		ふりがな 消防団員等の氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">事故 事故発生日</td> <td style="width: 50%;"> 別添証明書記載のとおり 年 月 日 </td> </tr> </table>	事故 事故発生日	別添証明書記載のとおり 年 月 日																																																																																			
ふりがな 消防団員等の氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">事故 事故発生日</td> <td style="width: 50%;"> 別添証明書記載のとおり 年 月 日 </td> </tr> </table>	事故 事故発生日	別添証明書記載のとおり 年 月 日																																																																																					
事故 事故発生日	別添証明書記載のとおり 年 月 日																																																																																							
医 師 等 の 証 明	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">初診</td> <td style="width: 20%;">年 月 日</td> <td style="width: 35%;">診断によって疾病の発生が確定した日</td> <td style="width: 30%;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px; vertical-align: top;">傷病名、傷病の部位、傷病の程度</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px; vertical-align: top;">転帰</td> <td colspan="2" style="height: 40px; vertical-align: top;"> ☐ 治ゆ ☐ 中止 ☐ 死亡 ☐ 継続 ☐ 転医 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px; vertical-align: top;">療養のため勤務その他の業務に従事することができなかったと認められる期間</td> <td style="width: 20%;"> 年 月 日から 年 月 日まで </td> <td style="width: 20%;"> 日間 診療 実日数 </td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px; vertical-align: top;">本人の職業に関連して療養のため休業しなければならなかったこと等についての医師等の意見</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 100px; vertical-align: top;"> 上記事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 療養機関の { 所在地 名 称 職・氏名 </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right; padding-top: 5px;">※署名又は記名押印</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">休業期間</td> <td colspan="4" style="vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">療養のため勤務その他の業務に従事することができなかった期間</td> <td style="width: 25%;"> 年 月 日から 年 月 日まで </td> <td style="width: 20%;">日間</td> <td style="width: 20%;">このうち給与その他の業務上の収入を得ることができなかった日数</td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">他の法令による受給関係</td> <td colspan="4" style="vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">法令の名称・給付等の種類</td> <td style="width: 25%;">支給される額</td> <td style="width: 50%;">円</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">使用主の証明</td> <td colspan="4" style="vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">療養のため勤務しなかった期間</td> <td style="width: 25%;"> 年 月 日から 年 月 日まで </td> <td style="width: 20%;">日間</td> <td style="width: 20%;">このうち給与を支払わなかった日数</td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px; vertical-align: top;"> 傷病手当金 ☐ 受けた (額 円) ☐ 受けなかった </td> <td colspan="3" style="height: 100px; vertical-align: top;"> 上記のとおり証明します。 年 月 日 使用主の { 所在地 名 称 責任者氏名 </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right; padding-top: 5px;">※署名又は記名押印</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">休業補償費の算式</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">休業補償費の額</td> <td style="width: 20%;">円</td> <td style="width: 20%;">休業補償費請求額</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">円</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td></tr></table>			初診	年 月 日	診断によって疾病の発生が確定した日	年 月 日	傷病名、傷病の部位、傷病の程度				転帰		☐ 治ゆ ☐ 中止 ☐ 死亡 ☐ 継続 ☐ 転医		療養のため勤務その他の業務に従事することができなかったと認められる期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間 診療 実日数	日	本人の職業に関連して療養のため休業しなければならなかったこと等についての医師等の意見					上記事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 療養機関の { 所在地 名 称 職・氏名					※署名又は記名押印					休業期間	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">療養のため勤務その他の業務に従事することができなかった期間</td> <td style="width: 25%;"> 年 月 日から 年 月 日まで </td> <td style="width: 20%;">日間</td> <td style="width: 20%;">このうち給与その他の業務上の収入を得ることができなかった日数</td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> </table>				療養のため勤務その他の業務に従事することができなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	このうち給与その他の業務上の収入を得ることができなかった日数	日	他の法令による受給関係	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">法令の名称・給付等の種類</td> <td style="width: 25%;">支給される額</td> <td style="width: 50%;">円</td> </tr> </table>				法令の名称・給付等の種類	支給される額	円	使用主の証明	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">療養のため勤務しなかった期間</td> <td style="width: 25%;"> 年 月 日から 年 月 日まで </td> <td style="width: 20%;">日間</td> <td style="width: 20%;">このうち給与を支払わなかった日数</td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px; vertical-align: top;"> 傷病手当金 ☐ 受けた (額 円) ☐ 受けなかった </td> <td colspan="3" style="height: 100px; vertical-align: top;"> 上記のとおり証明します。 年 月 日 使用主の { 所在地 名 称 責任者氏名 </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right; padding-top: 5px;">※署名又は記名押印</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">休業補償費の算式</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">休業補償費の額</td> <td style="width: 20%;">円</td> <td style="width: 20%;">休業補償費請求額</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">円</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				療養のため勤務しなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	このうち給与を支払わなかった日数	日	傷病手当金 ☐ 受けた (額 円) ☐ 受けなかった		上記のとおり証明します。 年 月 日 使用主の { 所在地 名 称 責任者氏名			※署名又は記名押印					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">休業補償費の算式</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">休業補償費の額</td> <td style="width: 20%;">円</td> <td style="width: 20%;">休業補償費請求額</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">円</td> </tr> </table>					休業補償費の算式					休業補償費の額	円	休業補償費請求額	円	
	初診	年 月 日	診断によって疾病の発生が確定した日	年 月 日																																																																																				
	傷病名、傷病の部位、傷病の程度																																																																																							
	転帰		☐ 治ゆ ☐ 中止 ☐ 死亡 ☐ 継続 ☐ 転医																																																																																					
	療養のため勤務その他の業務に従事することができなかったと認められる期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間 診療 実日数	日																																																																																			
	本人の職業に関連して療養のため休業しなければならなかったこと等についての医師等の意見																																																																																							
上記事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 療養機関の { 所在地 名 称 職・氏名																																																																																								
※署名又は記名押印																																																																																								
休業期間	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">療養のため勤務その他の業務に従事することができなかった期間</td> <td style="width: 25%;"> 年 月 日から 年 月 日まで </td> <td style="width: 20%;">日間</td> <td style="width: 20%;">このうち給与その他の業務上の収入を得ることができなかった日数</td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> </table>				療養のため勤務その他の業務に従事することができなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	このうち給与その他の業務上の収入を得ることができなかった日数	日																																																																															
療養のため勤務その他の業務に従事することができなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	このうち給与その他の業務上の収入を得ることができなかった日数	日																																																																																				
他の法令による受給関係	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">法令の名称・給付等の種類</td> <td style="width: 25%;">支給される額</td> <td style="width: 50%;">円</td> </tr> </table>				法令の名称・給付等の種類	支給される額	円																																																																																	
法令の名称・給付等の種類	支給される額	円																																																																																						
使用主の証明	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">療養のため勤務しなかった期間</td> <td style="width: 25%;"> 年 月 日から 年 月 日まで </td> <td style="width: 20%;">日間</td> <td style="width: 20%;">このうち給与を支払わなかった日数</td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px; vertical-align: top;"> 傷病手当金 ☐ 受けた (額 円) ☐ 受けなかった </td> <td colspan="3" style="height: 100px; vertical-align: top;"> 上記のとおり証明します。 年 月 日 使用主の { 所在地 名 称 責任者氏名 </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right; padding-top: 5px;">※署名又は記名押印</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">休業補償費の算式</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">休業補償費の額</td> <td style="width: 20%;">円</td> <td style="width: 20%;">休業補償費請求額</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">円</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				療養のため勤務しなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	このうち給与を支払わなかった日数	日	傷病手当金 ☐ 受けた (額 円) ☐ 受けなかった		上記のとおり証明します。 年 月 日 使用主の { 所在地 名 称 責任者氏名			※署名又は記名押印					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">休業補償費の算式</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">休業補償費の額</td> <td style="width: 20%;">円</td> <td style="width: 20%;">休業補償費請求額</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">円</td> </tr> </table>					休業補償費の算式					休業補償費の額	円	休業補償費請求額	円																																																							
療養のため勤務しなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	このうち給与を支払わなかった日数	日																																																																																				
傷病手当金 ☐ 受けた (額 円) ☐ 受けなかった		上記のとおり証明します。 年 月 日 使用主の { 所在地 名 称 責任者氏名																																																																																						
※署名又は記名押印																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">休業補償費の算式</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">休業補償費の額</td> <td style="width: 20%;">円</td> <td style="width: 20%;">休業補償費請求額</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">円</td> </tr> </table>					休業補償費の算式					休業補償費の額	円	休業補償費請求額	円																																																																											
休業補償費の算式																																																																																								
休業補償費の額	円	休業補償費請求額	円																																																																																					

※ 補 償 基 礎 額	円	※ 受 理	年 月 日
※ 休業期間及び日数	年 月 日から 年 月 日まで 日		
※ 休業補償費支払額	円	※ 送 金	年 月 日

(裏面)

注意事項

- 1 ※印の欄は、記載しないこと。
- 2 「請求第 回」の欄には、同一傷病に伴う休業についての請求回数を記載すること。
- 3 該当する「□」には、印で示すこと。
- 4 「休業期間」の欄には、第2回以後の請求の場合においては、既に請求した分については記載しないこと。
- 5 「使用主の証明」の欄には、非常勤消防団員等が事故が発生した日又は診断によって疾病の発生が確定した日において給与所得者であった場合に記載すること。
- 6 この請求書に添付する書類
 - (1) 第9号様式の事故状況等証明書及び当該証明書の注意事項10に掲げる書類
 - (2) 療養のため勤務し、又は業務に従事することができなかった期間、給与又は業務上の収入を得ることができなかったことについての認定が困難と認められるものにあつては、非常勤消防団員等の職業、従前得ていた業務上の収入、傷病の状況等に関する消防長の意見書

第6号様式（第4条関係）

☐ 消 防 団 員 ☐ 消防作業従事者 ☐ 水 防 従 事 者 ☐ 応急措置従事者 ☐ 救急業務協力者		障 害 補 償 費 支 払 請 求 書		年 月 日		
四日市市長 下記のとおり障害補償費の支払いを請求します。			請 求 者 の 住所、氏名	※署名又は記名押印		
ふりがな 消 防 団 員 等 の 氏 名				事 故 事 故 発 生 日	別添証明書記載のとおり 年 月 日	
医 師 等 の 証 明	初 診	年 月 日	診断によって疾病の発生が確定した日		年 月 日	
	療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		障害状況の詳細 (図で示すことのできるものは図解すること。)		
	傷 病 名					
	傷 病 の 部 位					
	傷病の治ゆした日	年 月 日				
	障 害 の 等 級 及 び 部 位	第 級 号 (部位 第 級 号 (部位 第 級 号 (部位				
	上記事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日					
	療養機関の { 所 在 地 名 称 職・氏名 ※署名又は記名押印					
	障 害 の 等 級	第 級 号	障害補償の種類	☐ 障害補償年金	☐ 障害補償一時金	
	加 重 障 害	既存障害の部位、程度及び障害の等級		(第 級 号)		
差 引 計 算 方 式						
他 の 法 令 に よ る 受 給 関 係	法令の名称・給付等の種類					
	障害補償年金該当者	支給される年金の額	(級) 円	支給開始年月日	年 月 日	
	障害補償一時金該当者	支給される額	円			
障 害 補 償 費 の 額	年 金 (年額)		円			
	一 時 金		円			
障害補償費請求額	年 金 (年額)		円			
	一 時 金		円			

※ 補 償 基 礎 額	円		※ 受 理	年 月 日	
※ 障 害 等 級	第 級 号 (倍)		※ 送 金	年 月 日	
※ 障 害 補 償 費 支 払 額	年 金	年額 円× $\frac{\text{箇月}}{12}$ ＝ 円	※ 年 金 支 払 決 定 番 号		
	第1期分		シ－ ー		
	一 時 金	円	※ 特殊公務災害	該 当 ・ 非 該 当	

(裏面)

注意事項

- 1 ※印の欄は、記載しないこと。
- 2 該当する「□」には、**レ**印で示すこと。
- 3 「障害の等級及び部位」の欄には、身体障害が1ある場合は当該身体障害についての等級及び当該身体障害の存する部位を、身体障害が2以上ある場合はそれぞれの身体障害についての等級及びそれらの身体障害の存する部位を記載すること。
- 4 「障害の等級」の欄には、身体障害が1ある場合は当該身体障害の等級を、身体障害が2以上ある場合は非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第6条第5項又は第6項の規定により併合又は繰上げをして得た障害の等級を記載すること。
- 5 「障害補償の種類」の欄には、当該身体障害の等級が第1級から第7級までの場合は「障害補償年金」の「□」に、第8級から第14級までの場合は「障害補償一時金」の「□」に**レ**印で示すこと。
- 6 「加重障害」の欄中「既存障害の部位、程度及び障害の等級」の欄には、既に身体障害のある消防団員等が公務又は消防作業等に従事し、若しくは救急業務に協力したことによる負傷又は疾病によって、同一部位についての障害の程度を加重した場合における既存の障害の部位等を、「差引計算方式」の欄には、当該消防団員等の加重後の身体障害の等級に応ずる障害補償の金額から、非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第6条第8項各号に定める差引額のうち当該消防団員等に該当するものを差引く計算の方式を記載すること。
- 7 この請求書に添付する書類
 - (1) 第9号様式の事故状況等証明書及び当該証明書の注意事項10に掲げる書類
 - (2) 障害の部位又は程度が明らかでないとき又は図示することが困難なときは、負傷又は疾病がなおったときにおける障害の状態の立証に関する写真又はレントゲンフィルム
 - (3) 障害補償年金の受給権者が、当該障害補償の事由となった障害について非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令附則第3条第1項から第4項までに掲げる他の法律による年金給付の支給を受ける場合には、当該年金証書全文の写し

☐ 消 防 団 員 ☐ 消防作業従事者 ☐ 水 防 従 事 者 ☐ 応急措置従事者 ☐ 救急業務協力者		介 護 補 償 費 支 払 請 求 書		
		☐ 新規 ☐ 継続		
四日市市長 下記のとおり介護補償費の支払いを請求します。		請 求 者 の 住所、氏名	※署名又は記名押印	
非常勤消防団員等の氏名 ふりがな		事 故 発生日	年 月 日	
(受けている年金の種類) ☐ 傷病補償年金（傷病等級第 級第 号） ☐ 障害補償年金（障害等級第 級第 号）		(年金支払決定番号) ビ — — シ — —		
介護を要する状態の常時又は随時の別		☐ 常時介護を要する状態 ☐ 随時介護を要する状態		
請 求 内 容	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 支出した金額	請 求 月 額
	年 月	☐ ある ☐ ない	円	円
	年 月	☐ ある ☐ ない	円	円
	年 月	☐ ある ☐ ない	円	円
介 護 を 受けた場所		☐ 居宅 ☐ 病院・施設等（名称： ） 入院・入所期間 年 月 日～ 年 月 日		
介 護 に 従 事 し た 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
介護補償費請求額		円		
※介護補償費支払額		※受 理		
		※送 金		

(裏面)

〔注意事項〕

- 1 ※印の欄は、記入しないこと。また、該当する「□」に△印を記入すること。
- 2 「請求内容」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 「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 この請求書に添付する書類
 - (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補償費支払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非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第6条の2第1項の規定に基づき総務大臣が定める金額を定める件（平成18年総務省告示第503号。以下「告示第503号」という。）の表常時介護を要する状態の項の介護を受けた日の区分の欄第2号に应ずる金額の欄に掲げる額（随時介護を要する状態にあるときは、同表随時介護を要する状態の項の介護を受けた日の区分の欄第2号に应ずる金額の欄に掲げる額。）であるときには、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告示第503号の表常時介護を要する状態の項の介護を受けた日の区分の欄第2号に应ずる金額の欄に掲げる額（随時介護を要する状態にあるときは、同表随時介護を要する状態の項の介護を受けた日の区分の欄第2号に应ずる金額の欄に掲げる額。）であるときには、その月に係る当該書類の添付を省略することができる。）

☐ 消 防 団 員 ☐ 消防作業従事者 ☐ 水 防 従 事 者 ☐ 応急措置従事者 ☐ 救急業務協力者				遺 族 補 償 費 支 払 請 求 書				年 月 日				
四日市市長 下記のとおり遺族補償費の支払いを請求します。					請 求 者 の 住所、氏名		※署名又は記名押印					
ふりがな 消 防 団 員 等 の 氏 名						事 故 事 故 発 生 日		別添証明書記載のとおり 年 月 日				
初 診		年 月 日		診断によって死亡の原因である疾病の発生が確定した日		年 月 日		死 亡 年 月 日				
傷病名及び傷病から死亡までの経過												
遺 族 補 償 年 金	区分	氏 名	生 年 月 日	住 所		死亡者との続柄	廃疾の有無	受給権者と生計を同じくしているか				
	受給権者		年 月 日				ある・ない					
	受の給受権者資格外者		年 月 日				ある・ない			いる・いない		
			年 月 日				ある・ない	いる・いない				
			年 月 日				ある・ない	いる・いない				
			年 月 日				ある・ない	いる・いない				
			年 月 日				ある・ない	いる・いない				
			年 月 日				ある・ない	いる・いない				
			年 月 日				ある・ない	いる・いない				
			年 月 日				ある・ない	いる・いない				
他の法令による受給関係			法令の名称・給付等の種類		支給される年金の額		円	支給開始年月日	年 月 日			
遺族補償についての選択			☐ 一時金前払いを希望する ☐ 年金払いを希望する (補償基礎額 円×400＝ 円)									
遺族補償年金額の算式												
遺族補償年金額の額			円		遺族補償年金請求額		円					
遺 族 補 償 一 時 金	受けることができる遺族		氏 名		生年月日		住 所		死亡者との続柄又は関係		廃疾の有無	
					年 月 日						ある・ない	
	他の法令による受給関係			法令の名称・給付等の種類				支給される額		円		
	基準政令第9条の2第1項第2号の規定による差額請求			$\left(\text{一時金の額} \quad \text{円} \right) - \left(\text{既に支払われた年金の合計額} \quad \text{円} \right) = \text{差額} \quad \text{円}$								
遺族補償一時金の額			円				遺族補償一時金請求額		円			
※ 補 償 基 礎 額			円				※ 受 理		年 月 日			
※ 遺族補償費支払額	年金	第 1 期 分	年額 円× $\frac{\text{箇月}}{12}$ = 円				※ 送 金		年 月 日			
		一時金前払	円				※ 年金支払決定番号					
		一 時 金	円				イー ー					
		円				※ 特殊公務災害		該 当 ・ 非 該 当				

(裏面)

注意事項

- 1 ※印の欄は、記載しないこと。
- 2 該当する「□」には、**レ**印で示すこと。
- 3 「ある・ない」及び「いる・いない」については、該当するものを で囲むこと。
- 4 「遺族補償年金」の欄には、遺族補償年金の受給権者又は受給資格者がある場合に記載し、「遺族補償一時金」の欄には、遺族補償年金の受給権者又は受給資格者がなく、かつ遺族補償一時金を受けることができる遺族がある場合に記載すること。
- 5 「遺族補償についての選択」の欄には、非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令附則第2条の規定による一時金前払いを希望する場合又は希望しない場合につき、それぞれ前者においては、「一時金前払いを希望する」の「□」に、後者においては「年金払いを希望する」**「□」**に **レ**印で示し、一時金前払いを希望する場合においては「()」に補償基礎額及び前払いの額を記載すること。
- 6 この請求書に添付する書類
 - (1) 第9号様式の事故状況等証明書及び当該証明書の注意事項10に掲げる書類
 - (2) 消防団員等の死亡診断書、死体検案書又はその者の死亡を証する書類若しくはこれらの写し、ただし、行方不明となったことにより死亡したものと推定される者にあつては、行方不明となった事実及び年月日を証する書類
 - (3) 遺族補償年金の受給権者若しくは受給資格者又は遺族補償一時金を受ける権利を有する者の戸籍の謄本。この場合において、これらの者が消防団員等の死亡の当時当該消防団員等と婚姻の届出をしていなかったが、事実上婚姻関係と同様の事情にあったときは、その事実を証する書類
 - (4) 消防団員等の遺族のうち、非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第10条の規定により、当該消防団員等の死亡に係る遺族補償年金又は遺族補償一時金を受けることができなくなった者については、その事実を証する書類
 - (5) 遺族補償年金の受給権者又は受給資格者が、消防団員等の死亡の当時その収入によって生計を維持していたことを証する書類
 - (6) 遺族補償年金の受給資格者が遺族補償年金の受給権者と生計を同じくしているときは、その事実を証する書類

第8号様式（第4条関係）

葬 祭 補 償 費 支 払 請 求 書

☐ 消 防 団 員 ☐ 消防作業従事者 ☐ 水 防 従 事 者 ☐ 応急措置従事者 ☐ 救急業務協力者						年 月 日	
四日市市長 下記のとおり葬祭補償費の支払いを 請求します。				請求者の 住 所 氏 名		※署名又は記名押印	
ふりがな				事 故		別添証明書記載のとおり	
消防団員等の氏名				事 故 発 生 日		年 月 日	
初 診	年 月 日	診断によって死亡の 原因である疾病の発 生が確定した日		年 月 日	死 亡	年 月 日	
傷病名及 び傷病か ら死亡ま での経過							
葬 祭 を 行 う 者	氏 名	生 年 月 日		死 亡 者 と の 続 柄 又 は 関 係		葬祭費負担の有無	
		年 月 日				☐ 負担した ☐ 負担しない	
他の法令による 受 給 関 係		法令の名称・ 給付等の種類				支給される額 円	
葬祭補償費の額		円		葬祭補償費請求額		円	
※ 補償基礎額		円		※ 受 理		年 月 日	
※ 葬祭補償費 支 払 額		円		※ 送 金		年 月 日	

(裏面)

注意事項

- 1 ※印の欄は、記載しないこと。
- 2 該当する「□」には、**レ**印で示すこと。
- 3 この請求書に添付する書類
 - (1) 第9号様式の事故状況等証明書及び当該証明書の注意事項10に掲げる書類
 - (2) 非常勤消防団員等の死亡診断書、死体検案書又はその者の死亡を証する書類若しくはこれらの写し。ただし、行方不明となったことにより死亡したものと推定される者にあつては、行方不明となった事実及び年月日を証する書類
 - (3) 葬祭を行う者が非常勤消防団員等の扶養親族でない場合には、その者の住民票の写し

事 故 状 況 等 証 明 書

										年 月 日		
四日市市長 下記事項は事実と相違ないことを証明します。							証 明 者 職、氏名		※署名又は記名押印			
消 防 団員等	種 別	☐ 消 防 団 員 ☐ 消防作業従事者 ☐ 水 防 従 事 者 ☐ 応急措置従事者 ☐ 救急業務協力者										
	住 所						ふりがな 氏 名	男・女				
	職業名						生年月日	年 月 日				
事 故	発生の場所						発生日時		年 月 日 午前 午後 時 分			
	発生の 原因・ 状況											
補償基礎額等	補償基礎額							円	扶 養 親 族	氏 名		続 柄
	内 訳	基礎額						円				
		扶 養 加算額	円×1人＝					円				
			円× 人＝					円				
			円× 人＝					円				
消 防 作 業 従 事 者 等 の 過 去 一 年 間 の 収 入 金 額	勤 務 し て い た 場 合								勤務していなかった場合			
	支払対象者の氏名								収入のあった年 年分			
	給与等の支払期間		年 月 から 年 月 まで1年間						収 入	種 別	金 額	
	給 与 等	種 別									円	
								円				
		計										
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 使用主の { 所 在 地 名 称 責任者氏名 ※署名又は記名押印								計			
	消 防 団 員 としての 任免履歴	階 級	期 間					階 級		期 間		
			年 月 日～ 年 月 日							年 月 日～ 年 月 日		
		年 月 日～ 年 月 日						年 月 日～ 年 月 日				
		年 月 日～ 年 月 日						年 月 日～ 年 月 日				
		年 月 日～ 年 月 日						年 月 日～ 年 月 日				
		年 月 日～ 年 月 日						年 月 日～ 年 月 日				
		年 月 日～ 年 月 日					上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 消防団の { 名 称 団長の氏名 ※署名又は記名押印					
		年 月 日～ 年 月 日										
		年 月 日～ 年 月 日										
	年 月 日～ 年 月 日											
※ 補償基礎額							円	※ 決 定	☐ 承 認 ☐ 不承認			

(裏面)

注意事項

- 1 ※印の欄は、記載しないこと。
- 2 この証明書は、第4号様式から第8号様式までの支払請求書に添付すること。ただし、政令第2条第2項各号のいずれかに該当する場合においては、この証明書の添付を省略することができる。
- 3 該当する「□」には△印で示すこと。
- 4 「男・女」及び「午前・午後」については、該当するものを□で囲むこと。
- 5 「補償基礎額等」の欄には、第4号様式の支払請求書だけの場合は、記載することを要しない。
- 6 「基礎額」の欄には、消防団員にあっては非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第2条第2項第1号に規定する額を、消防作業従事者等にあっては非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第2条第2項第2号に規定する平均収入日額を記載すること。
- 7 「扶養加算額」の欄には、非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第2条第3項に規定する額を記載すること。
- 8 「扶養親族」の欄には、扶養加算の対象となった扶養親族の氏名及び消防団員等との続柄を記載し、重度心身障害者については、その旨を続柄の下に注記すること。
- 9 「消防作業従事者等の過去1年間の収入金額」の欄には、消防作業従事者等の死亡若しくは負傷の原因である事故が発生した日又は診断によって死亡の原因である疾病の発生が確定した日前1年間におけるその者が得た収入金額を、当該消防作業従事者等が死亡若しくは負傷の原因である事故が発生した日又は診断によって死亡の原因である疾病の発生が確定した日において勤務していた場合においては「勤務していた場合」の欄に勤務していなかった場合においては「勤務していなかった場合」の欄に記載すること。なお、2箇所以上に勤務していた場合は主たる事業所に係る収入金額等を「勤務していた場合」の欄に記載し、従たる事業所に係る収入金額等については別紙に記載して添付し、勤務し、かつ、自家営業にも従事していた場合は「勤務していた場合」の欄及び「勤務していなかった場合」の欄にそれぞれ記載すること。
- 10 この証明書に添付する書類
 - (1) 消防団員等の世帯全員の住民票の写し（療養補償及び休業補償を除く）
 - (2) 非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第12条の規定に該当する場合においては、その事実を証する書類
 - (3) 損害補償の原因である災害が第三者の行為によって生じた場合においては、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）並びに当該第三者から損害賠償を受けたときは、損害賠償の額及び受けた年月日を記載した書類
 - (4) 事故又は疾病について、公務又は消防作業等に従事し、若しくは救急業務に協力したことによるものであることの認定が困難と認められるものについては、事故又は疾病の発生の原因及びその状況を詳細に記載した書類並びに公務又は消防作業等に従事し、若しくは救急業務に協力したものと傷病との因果関係、既往症、平常の健康状態等を詳細に記載した医師の意見書
 - (5) 扶養親族のうち消防団員等と婚姻の届出をしないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者については、その事実を証する書類
 - (6) 扶養親族のうち重度心身障害者については、重度心身障害の部位及び程度並びに労働能力喪失の程度についての医師の診断書又はそのことを証する書類

第 1 1 号様式を次のように改める。

第 号

消防団員等公務災害補償
年金証書

(受給者) 氏名

年 月 日生

損害補償の種類

支給開始年月 年 月

四日市市消防団員等公務災害補償条例の規定により上記のとおり支給します。

年 月 日

四日市市長 印

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証書は、四日市市消防団員等公務災害補償条例（以下「条例」という。）によって障害補償年金又は遺族補償年金の支給を受ける権利を有することを証明する書類ですから大切に保管してください。
- 2 この損害補償は、毎年3月、6月、9月及び12月に、それぞれの前月までの分を支払いますから、それぞれの支払期月の前月の末日までに、支払請求書を提出してください。
- 3 次の場合は、速やかに、年金に関する異動報告書及びこの証書を市長に提出してください。
 - (1) 氏名又は住所を変更したとき。
 - (2) 障害補償年金の受給権者の身体障害の程度に変更があったとき。
 - (3) 障害補償年金の受給権者が死亡したとき。
 - (4) 非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第8条の3第1項の規定により遺族補償年金を受ける権利が消滅したとき。
 - (5) 遺族補償年金の受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金の受給資格者の数に増減を生じたとき。
 - (6) 非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第8条の2第4項第1号又は第2号に該当するに至ったとき。
 - (7) 同一事由により支給されていた他の法律による年金の支給額に変更があったとき。
- 4 この損害補償を受ける権利は、譲り渡したり、担保に供することはできません。また、差押えを受けることもありません。
- 5 この証書を亡失したり、損傷したときは、再交付を市長に請求してください。また、証書の記載事項に変更を生じた場合は、この証書と引換えに新しい証書を交付します。
- 6 毎年2月1日から同月末日までの間に、市長に対し年金定期報告書を提出してください。
- 7 この年金を受ける権利を失った場合は、この証書を市長に返納してください。年金を受ける権利を失う場合は、次のいずれかに該当した場合です。
 - (1) 障害補償年金の場合
 - ア 受給権者が死亡した場合
 - イ 非常勤消防団員等に係る損害補償の支給等に関する省令（総務省令第110号）別表第2の障害等級の第7級以上に該当しなくなった場合

(2) 遺族補償年金の場合

ア 受給権者が死亡した場合

イ 受給権者が婚姻（届け出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。）をした場合

ウ 直系血族又は直系姻族以外の者の養子（届け出をしていないが事実上養子縁組関係と同様の事情にある者を含む。）となった場合

エ 離縁によって、死亡した消防団員等との親族関係が終了した場合

オ 受給権者が死亡した消防団員等の子、孫又は兄弟姉妹については、十八歳に達した日以後の最初の三月三十一日が終了したとき（非常勤消防団員等の死亡の時から引き続き非常勤消防団員等に係る損害補償の支給等に関する省令（総務省令第110号）第5条に規定する障害の状態（カにおいて「特定障害状態」という。）にあるときを除く。）

カ 特定障害状態にある配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、その事情がなくなつたとき（配偶者、父母又は祖父母については、非常勤消防団員等の死亡の当時六十歳以上であつたとき、子又は孫については、十八歳に達する日以後の最初の三月三十一日までの間にあるとき、兄弟姉妹については、十八歳に達する日以後の最初の三月三十一日までの間にあるか又は非常勤消防団員等の死亡の当時六十歳以上であつたときを除く。）。

第 1 3 号様式及び第 1 4 号様式を次のように改める。

第13号様式（第12条関係）

☐ 消 防 団 員 ☐ 消防作業従事者 ☐ 水 防 従 事 者 ☐ 応急措置従事者 ☐ 救急業務協力者	年金定期報告書	年金支払 決定番号	シ ー イ 年 月 日					
四日市市長 下記のとおり年金受給に関する現状を報告します。		年金受給者の 住 所、氏 名						
ふりがな 消防団員等の氏名		事故発生日 年 月 日						
障害補償年金	医師等の証明	障害の部位及び状況（図で示すことのできるものは図解すること。）						
		上記事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 療養機関の { 所 在 地 名 称 職・氏名 ※署名又は記名押印						
遺族補償年金	区分	氏 名	生年月日	住 所	死亡者 との続 柄	疾病の有無	受給権者と生 計を同じくし ているか	
	受給 権者		年 月 日			ある・ない	/	
	受給 権者 以外 の	受給権者		年 月 日			ある・ない	いる・いない
				年 月 日			ある・ない	いる・いない
				年 月 日			ある・ない	いる・いない
				年 月 日			ある・ない	いる・いない
				年 月 日			ある・ない	いる・いない
				年 月 日			ある・ない	いる・いない
				年 月 日			ある・ない	いる・いない
他の法令 による受 給関係		法令の名称及び給付若しくは補償の種類並びに等級 支給される年金の額		(級) 円 支給開始年月日 年 月 日				
備考								

(裏面)

注意事項

- 1 この報告書は、毎年1回2月1日から同月末日までの間に提出するものであること。
- 2 該当する「□」には、印で示すこと。
- 3 「シ・イ」、「ある・ない」及び「いる・いない」については、該当するものを
☐で囲むこと。
- 4 「障害補償年金（医師等の証明）」の欄には、器質的障害のみの場合は、療養機関の証明を必要としない。
- 5 「他の法令による受給関係」の欄中「(級)」には、障害補償年金を受けている者についてのみ他の法令により決定された身体障害の等級を記載すること。
- 6 この報告書に添付する書類
 - (1) 障害補償年金の受給権者について、障害の部位又は程度が明らかでないとき又は図示することが困難なときは、障害の現状の立証に関する写真又はレントゲンフィルム（器質的障害のみの場合は添付を要しない。）
 - (2) 遺族補償年金の受給権者又は受給資格者については、次に掲げる書類
 - ア 受給権者と生計を同じくしている受給資格者については、その事実を証する書類
 - イ 受給権者のうち、非常勤消防団員等に係る損害補償の支給等に関する省令（総務省令第110号）第5条に規定する障害の状態にある者については、そのことについての医師の診断書若しくはそのことを証する書類又はこれらの写し

第 14 号様式（第 13 条関係）

☐ 消 防 団 員 ☐ 消防作業従事者 ☐ 水 防 従 事 者 ☐ 応急措置従事者 ☐ 救急業務協力者		年金に関する 異動報告書	年金支払 決定番号	シ ー ー イ
			年 月 日	
四日市市長 下記のとおり年金に関する異動を報告します。			請 求 者 の 住 所、氏 名	
ふりがな 消防団員等の氏名		事故発生日	年 月 日	
異 動 内 容				
異動が生じ た者の氏名		異動が生じた日	年 月 日	
備 考				

(裏面)

注意事項

- 1 該当する「□」には、**レ**印で示すこと。
- 2 「シ・イ」については、該当するものを で囲むこと。
- 3 「異動内容」の欄には、次の各号に掲げる事由が生じたときに、その状況を詳しく記載し、当該各号に定める書類を添付すること。
 - (1) 障害補償年金の受給権者の身体障害の程度に変更があったとき。……身体障害の部位及び状況（図で示すことのできるものは図解すること。）身体障害の程度に変更を生じた年月日、理由及び予想される障害等級を記載した医師又は歯科医師の診断書（障害の程度が明らかでないとき、又は図示することが困難なときは当該診断書のほか、障害の状態の立証に関する写真又はレントゲンフィルム）
 - (2) 障害補償年金の受給権者が死亡したとき。……死亡の事実、原因及び年月日を証する書類
 - (3) 遺族補償年金の受給権者又は受給資格者にあつては次に掲げるとき。
 - ア 死亡したとき。……死亡の事実、原因及び年月日を証する書類
 - イ 婚姻（内縁を含む。）をしたとき。……その者の戸籍抄本（内縁の場合においては、その事実及び事実の生じた年月日を証する書類）
 - ウ 直系血族又は直系姻族以外の者の養子（内縁を含む。）となったとき。……その者の戸籍の抄本（内縁の場合においては、その事実及び事実の生じた年月日を証する書類）
 - エ 離縁によって、死亡した消防団員等との親族関係が終了したとき。……その者の戸籍の抄本
 - オ 子、孫又は兄弟姉妹については、18歳に達したとき（消防団員等の死亡の時から引続き非常勤消防団員等に係る損害補償の支給等に関する省令（総務省令第110号）第5条に規定する障害の状態（カ及びキにおいて「特定障害状態」という。）にあるときを除く。）
 - カ 非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第8条の2第4項第1号に該当するに至ったとき。（非常勤消防団員等の死亡の時から引続き特定障害状態にあるときを除く。）
 - キ 消防団員等の死亡の当時特定障害状態にあつた配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹の特定障害状態の事実がなくなったとき。……その事実及び事実の生じた年月日を証する医師の診断書若しくはその他の書類
 - ク 非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第8条の2第4項第2号に該当するに至ったとき。（55歳以上であるときを除く。）……その事実及び事実の生じた年月日を証する医師の診断書若しくはその他の書類
 - ケ 受給権者と生計を同じくしていた受給資格者が生計を異にしたとき、又は受給資格者が再び受給権者と生計を同じくするに至ったとき。……その者の世帯全員の住民票の写し並びにその事実及び事実の生じた年月日を証する書類
 - コ 消防団員等の死亡の当時胎児であつた子が出生したとき。……その者の住民票の写し及び戸籍の抄本
 - サ 先順位又は同順位の他の遺族を故意に死亡させたとき。……その事実及び事実の生じた年月日を証する書類
 - シ 非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令第8条の3第1項の規定により遺族補償年金を受ける権利が消滅した場合において、その権利が消滅した受給権者と生計を異にしていた次順位者が受給権者となるとき。……その者並びにその者と生計を同じくしている受給資格者の氏名及びその事実を証する書類並びにそれらの者の世帯全員の住民票の写し及び戸籍の謄本
 - (4) 同一の事由により支給されていた他の法律による年金の支給額に変更があったとき。……当該年金証書全文の写し
 - (5) 同一の事由により支給されていた他の法律による年金が支給されなくなったとき。……当該法律の名称、年金の種類、支給されなくなった理由及び支給されなくなった年月日を証する書類

附 則

この規則は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。ただし、第 1 6 条の改正は令和 7 年 6 月 1 日から施行する。

(消防本部消防救急課)