別記第5号(第8条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害補償 | 年金  一時金 | 請求書 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (実施機関の職氏名)  　　　　　　　　　　　　　　　　様  　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 | | 所属部局名 | | | | | 職名 | |
| する事項  被災職員に関 | |
| 氏名 | | | | | 年　　月　　日生(　　歳) | |
| 負傷または発病の年月日 | | 年　　月　　日 | | | 治ゆ年月日 | 年　　月　　日 |
| 2 | 障害の部位およびその程度 | | | | | | | |
| 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 | | | |
| 6 | 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。 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | □年金　□一時金  円 |
| 預金名義者 |  | ※通知 | 年　　月　　日 |
|  | | | ※年金証書の番号 | 第　　　　　　号 |
| ※年金支給開始年月 | 年　　月 |
|  | | | | ※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□にレ印を記入すること。

　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福井県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5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およ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5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つた場合には、速やかにその旨書類で報告すること。