

大阪広域環境施設組合規則第19号

労働者災害補償保険法の適用を受ける職員の公務災害等に伴う休業補償等に関する規則の一部を改正する規則

労働者災害補償保険法の適用を受ける職員の公務災害等に伴う休業補償等に関する規則（平成27年規則第67号）の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の破線で囲んだ部分をこれに順次対応する改正後欄に掲げる規定の破線で囲んだ部分のように改める。

改正後	改正前
第1号様式（第7条関係）（A4） 〔様式 別紙2 挿入〕	第1号様式（第7条関係）（A4） 〔様式 別紙1 挿入〕
第2号様式（第7条関係）（A4） 〔様式 別紙4 挿入〕	第2号様式（第7条関係）（A4） 〔様式 別紙3 挿入〕
第3号様式（第7条関係）（A4） 〔様式 別紙6 挿入〕	第3号様式（第7条関係）（A4） 〔様式 別紙5 挿入〕
備考 表中及び表中に挿入される別紙の〔 〕の記載は注記である。	

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 この規則の施行の際現に存するこの規則による改正前の労働者災害補償保険法の適用を受ける職員の公務災害等に伴う休業補償等に関する規則第1号様式から第3号様式までの規定による用紙は、この規則による改正後の労働者災害補償保険法の適用を受ける職員の公務災害等に伴う休業補償等に関する規則の規定にかかわらず、当分の間なおこれを使用することができる。

[第1号様式(第7条関係)(A4) 別紙1]

休業補償請求書(休業援護金申請書)					
実施機関の職及び氏名様 次の休業補償(休業援護金)を請求(申請)します。			請求(申請)年月日 年 月 日		
			請求者(申請者)の住所..... ふりがな..... 氏名印.....		
1 被災職員に関する事項	所 属	職 種			
	氏 名	生年月日 年 月 日生(歳)			
	休業給付基礎日額	負傷又は発病 年 月 日 の年月日			
2 請求日数	年 月 日から 年 月 日までのうち 日間				
3 休業補償請求金額	(休業給付基礎日額) 円×60/100→	(円未満切捨て) 円×	(請求日数) 日=	円	
4 休業援護金申請金額	(休業給付基礎日額) 円×20/100→	(円未満切捨て) 円×	(請求日数) 日=	円	
5 休業日数3日以内の場合の医師の証明手数料	円				
※ 6 事務局長の証明	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 所属所在地..... 所属名称..... 事務局長氏名印.....				
※ 7 医師の証明	傷病名	現在(年 月 日)の状態 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医			
	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 日間	勤務することができなかつたと認められる理由			
	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..... 医師の氏名印.....				
8 添付する書類 その他の資料名					

※ 決 裁 欄	事務局長	部 長	課 長	係 長	係 員	※受 理	年 月 日
						※決 定	年 月 日
						※支 払	年 月 日
						※決定金額	円

決定金額のとおり支給する。

注

1 請求者(申請者)は、※の項には記入しないでください。また、該当する□にレ印を記入してください。

2 労働者災害補償保険法第12条の8第1項第2号に掲げる休業補償給付又は同法第21条第2号に掲げる休業給付の支給を決定したことを証明することができる書類を添付する場合(休業日数が4日以上の場合)は、医師の証明は必要ありません。

[第1号様式(第7条関係)(A4) 別紙2]

休業補償請求書(休業援護金申請書)	
実施機関の職及び氏名様 次の休業補償(休業援護金)を請求(申請)します。	請求(申請)年月日 年 月 日 請求者(申請者)の住所..... ふりがな..... 氏名.....
1 被災職員に関する事項	所属 職 種 氏 名 生年月日 年 月 日生(歳) 休業給付基礎日額 負傷又は発病 年 月 日 の年月日
2 請求日数	年 月 日から 年 月 日までのうち 日間
3 休業補償請求金額	(休業給付基礎日額) (円未満切捨て) (請求日数) 円×60/100→ 円× 日= 円
4 休業援護金申請金額	(休業給付基礎日額) (円未満切捨て) (請求日数) 円×20/100→ 円× 日= 円
5 休業日数3日以内の場合の医師の証明手数料	円
※ 6 事務局長の証明	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 所属所在地..... 所属名称..... 事務局長氏名.....
※ 7 医師の証明	傷病名 現在(年 月 日)の状態 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医 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 日間 勤務することができなかつたと認められる理由 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.....
8 添付する書類 その他の資料名	

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※支払	年 月 日
※決定金額	円

決定金額のとおり支給する。

注

- 請求者(申請者)は、※の項には記入しないでください。また、該当する□にレ印を記入してください。
- 労働者災害補償保険法第12条の8第1項第2号に掲げる休業補償給付又は同法第21条第2号に掲げる休業給付の支給を決定したことを証明することができる書類を添付する場合(休業日数が4日以上の場合)は、医師の証明は必要ありません。

障害特別援護金申請書					
実施機関の職及び氏名様 次の障害特別援護金を申請します。			申請年月日 年 月 日		
			申請者の 住 所..... ふりがな 氏 名 印.....		
1 被災職員に関する事項	所属		職 種		
	氏名		生年月日 年 月 日生(歳)		
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日		治癒年月日 年 月 日		
2 災害発生状況					
3 障害の部位及びその程度					
4 既存障害とその程度					
5 障害等級		第 級			
※ 6 事務局長の証明		上記のとおりであることを証明します。 年 月 日			
		所在地..... 名称..... 事務局長氏名印.....			
7 障害特別援護金申請金額		円			
8 添付する書類その他の資料名					

※ 決 裁 欄	事務局長	部 長	課 長	係 長	係 員	※受 理	年 月 日
						※決 定	年 月 日
						※支 払	年 月 日
						※決定金額	円

決定金額のとおり支給する。

注

- 申請者は、※の項には記入しないでください。
- 労働者災害補償保険法第12条の8第1項第3号に掲げる障害補償給付又は同法第21条第3号に掲げる障害給付の支給を決定したことを証明することができる書類を添付してください。

障害特別援護金申請書

実施機関の職及び氏名様 次の障害特別援護金を申請します。		申請年月日 年 月 日
		申請者の住所..... ふりがな 氏名.....
1 被災職員に関する事項	所属	職 種
	氏名	生年月日 年 月 日生(歳)
	負傷又は発病の年月日 年 月 日	治癒年月日 年 月 日
2 災害発生状況		
3 障害の部位及びその程度		
4 既存障害とその程度		
5 障害等級	第 級	
※ 6 事務局長の証明	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日	
	所在地..... 名称..... 事務局長氏名.....	
7 障害特別援護金申請金額	円	
8 添付する書類その他の資料名		

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※支払	年 月 日
※決定金額	円

決定金額のとおり支給する。

注

- 申請者は、※の項には記入しないでください。
- 労働者災害補償保険法第12条の8第1項第3号に掲げる障害補償給付又は同法第21条第3号に掲げる障害給付の支給を決定したことを証明することができる書類を添付してください。

[第3号様式(第7条関係)(A4) 別紙5]

遺族特別援護金申請書						
実施機関の職及び氏名様 次の遺族特別援護金を申請します。			申請年月日 年 月 日			
			申請者の住所 ふりがな 氏名印			
1 被災職員に関する事項	所属	職 種				
	氏名	生年月日 年 月 日生(歳)				
	負傷又は発病の年月日 年 月 日	死亡年月日 年 月 日				
2 申請者が労働者災害補償保険法により受けた遺族補償に係る給付	<input type="checkbox"/> 遺族補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金 <input type="checkbox"/> 遺族一時金					
3 申請者及び遺族特別援護金を受けられることができる遺族	氏名	生年月日	年齢	住 所	死亡職員との続柄	備考
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
※ 4 事務局長の証明	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 所在地..... 名称..... 事務局長氏名印.....					
5 遺族特別援護金申請金額等	(計算式) 円 × 1 / 受給権者の数 = 円 <input type="checkbox"/> 遺族が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 (申請金額) 円					
6 添付する書類その他の資料名						

※ 決 裁 欄	事務局長	部長	課長	係長	係員	※受 理	年 月 日
						※決 定	年 月 日
						※支 払	年 月 日
						※決定金額	<input type="checkbox"/> 遺族が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 円

決定金額のとおり支給する。

注

- 1 申請者は、※の項には記入しないでください。また、該当する□にレ印を記入してください。
- 2 「3 申請者及び遺族特別援護金を受けられることができる遺族」の項の備考欄には、その者が代表者であるときは「代」と明記してください。
- 3 遺族が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の遺族の同意書等その者が代表者であることを認めることができる書類、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を添付してください。
- 4 労働者災害補償保険法第12条の8第1項第4号に掲げる遺族補償給付又は同法第21条第4号に掲げる遺族給付の支給を決定したことを証明することができる書類を添付してください。

[第3号様式(第7条関係)(A4) 別紙6]

遺族特別援護金申請書														
実施機関の職及び氏名様 次の遺族特別援護金を申請します。				申請年月日 年 月 日										
				申請者の 住所 ふりがな 氏名										
1 被災職員に関する事項	所属 氏名		職 種											
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日		生年月日 年 月 日生(歳) 死亡年月日 年 月 日											
2 申請者が労働者災害補償保険法により受けた遺族補償に係る給付	<input type="checkbox"/> 遺族補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金 <input type="checkbox"/> 遺族一時金													
3 申請者及び遺族特別援護金を受けられることができる遺族	氏 名	生 年 月 日	年 齡	住 所	死 亡 職 員 との続柄	備 考								
		年 月 日												
		年 月 日												
		年 月 日												
※ 4 事務局長の証明	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 所在地..... 名称..... 事務局長氏名.....													
5 遺族特別援護金申請金額等	(計算式) 円 × 1 / 受給権者の数 = 円 <input type="checkbox"/> 遺族が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 (申請金額) 円													
6 添付する書類その他の資料名														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">※受理</td> <td style="text-align: right;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>※決定</td> <td style="text-align: right;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>※支払</td> <td style="text-align: right;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>※決定金額</td> <td> <input type="checkbox"/> 遺族が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 円 </td> </tr> </table> 決定金額のとおり支給する。							※受理	年 月 日	※決定	年 月 日	※支払	年 月 日	※決定金額	<input type="checkbox"/> 遺族が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 円
※受理	年 月 日													
※決定	年 月 日													
※支払	年 月 日													
※決定金額	<input type="checkbox"/> 遺族が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 円													
注 1 申請者は、※の項には記入しないでください。また、該当する□にレ印を記入してください。 2 「3 申請者及び遺族特別援護金を受けられることができる遺族」の項の備考欄には、その者が代表者であるときは「代」と明記してください。 3 遺族が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の遺族の同意書等その者が代表者であることを認めることができる書類、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を添付してください。 4 労働者災害補償保険法第12条の8第1項第4号に掲げる遺族補償給付又は同法第21条第4号に掲げる遺族給付の支給を決定したことを証明することができる書類を添付してください。														