

様式第1号 (第3条関係)

職 員 就 職 報 告 書

共済番号	職 名	生年月日	就職時給料又は報酬	現 住 所	前 歴
	ふりがな	就職年月日			団 体 名
	氏 名				勤 続 期 間
		. .	職 表 級 号	〒 ー	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	. .	円		. . ~ . .
		. .	職 表 級 号	〒 ー	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	. .	円		. . ~ . .
		. .	職 表 級 号	〒 ー	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	. .	円		. . ~ . .
		. .	職 表 級 号	〒 ー	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	. .	円		. . ~ . .
		. .	職 表 級 号	〒 ー	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	. .	円		. . ~ . .

上記のとおり報告します。

年 月 日

組合市町村長名

岡山県市町村総合事務組合管理者 様

## 退職報告書兼退職手当請求書

退職 報告 欄	共済番号		職名					
	フリガナ氏名			生年月日	年 月 日			
	就職年月日	年 月 日		退職年月日	年 月 日			
	退職事由	<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 応募認定(年齢別構成適正化) <input type="checkbox"/> 応募認定(職制改廃等) <input type="checkbox"/> 任期満了 <input type="checkbox"/> 公務外傷病 <input type="checkbox"/> 公務外死亡 <input type="checkbox"/> 公務上傷病 <input type="checkbox"/> 公務上死亡 <input type="checkbox"/> 通勤傷病 <input type="checkbox"/> 整理 <input type="checkbox"/> 勸奨 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 引き続いて他の公務員等への就職(就職先: )						
	退職時給料月額	職 級 号 給			円			
	調整額の区分及び期間	区 分	期 間					
		第 号区分	年 月 ~ 年 月					
		第 号区分	年 月 ~ 年 月					
		第 号区分	年 月 ~ 年 月					
	育児休業に係る子の生年月日	年 月 日	貸付金の有無	市町村共済		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
年 月 日		公立学校共済		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
年 月 日		総合事務組合		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
上記のとおり退職したので、報告します。 年 月 日 岡山県市町村総合事務組合管理者 様 組合市町村長名								
退職 手 当 請 求 欄	上記のとおり退職したので、退職手当を請求します。 年 月 日 岡山県市町村総合事務組合管理者 様 (退職者)現住所 〒							
	氏名							
	(死亡退職の場合の記載欄) (受給遺族)現住所 〒							
	職員との続柄				フリガナ氏名			
振込先	金融機関名		支店名			口座番号		
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			普通		

(注)1 退職手当が支給されない場合は、退職報告欄のみ記載してください。  
 2 該当する口に✓印を記入してください。



## 変 更 届

		共 済 番 号	
変 更 事 項		変 更 年 月 日	
氏名変更	旧 氏 名		
	ふ り が な	年 月 日	
	新 氏 名		
住所変更	旧 住 所		
	郵 便 番 号	〒	—
	新 住 所	年 月 日	
	氏 名		
所属所変更	旧 所 属 所 名	市町村 組 合	年 月 日 転出
	新 所 属 所 名	市町村 組 合	年 月 日 転入
	氏 名	備考	
<p>上記のとおり報告いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合市町村長名</p> <p style="text-align: center;">岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>			

様式第5号 (第3条関係)

職 員 休 職 報 告 書  
復 職

		共 済 番 号	
職 名			
氏 名			
生 年 月 日			
休 職 年 月 日 停 職			
復 職 年 月 日			
休 職 , 停 職 事 由 及 び 根 拠 法 規			
<p>上 記 の と お り 報 告 い た し ま す 。</p> <p>年 月 日</p> <p>組 合 市 町 村 長 名</p> <p>岡 山 県 市 町 村 総 合 事 務 組 合 管 理 者 様</p>			

様式第6号（第4条関係）

## 共 済 組 合 脱 退 報 告 書

組 合 市 町 村 名	
共 済 番 号	第 号
組 合 員 氏 名	
共 済 組 合 脱 退 年 月 日	年 月 日
脱 退 の 事 由	
給 料 月 額（本 俸）	円
<p>上記のとおり岡山県市町村職員共済組合を脱退いたしましたから報告いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>組合市町村長名</p> <p>岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>	



様式第8号 削除

様式第9号(第6条関係)

履 歴 書

ふりがな		生年月日	年 月 日	性 別	男 女
氏 名		旧 氏 名		改 姓 年月日	年 月 日
年 月 日	事 項				公 署 名
			等級	号	給料月額
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
			〃	〃	
上記のとおり相違ないことを証明する。					
年 月 日					
組合市町村長名					

- 1 学歴, 位記, 勲記, 賞与等の記入は, 必要ありません。
- 2 任免, 転任, 昇格, 休職, 停職, 待命等は, 順をおって, 隙間のないように詳しく記入してください。

## 総代者選任届書

市  
町 職名  
村

氏名

の死亡による遺族退職手当の

請求にあたり総代者を次のとおり選任したのでお届けします。

総代者 氏名 (続柄)

---

### 受給同順位者

本籍地

現住所

氏名

㊞

本籍地

現住所

氏名

㊞

本籍地

現住所

氏名

㊞

本籍地

現住所

氏名

㊞

岡山県市町村総合事務組合管理者 様





様式第 13 号 (第 12 条関係)

退職手当支給制限処分に関する事項報告書

年 月 日

岡山市町村総合事務組合管理者 様

組合市町村長名

岡山市町村総合事務組合の運営に関する条例(平成 17 年岡山市町村総合事務組合  
条例第 1 号) 第 条第 項の規定により、次のとおり報告します。

当該退職した者に関する事項
退職者氏名 採用年月日 退職年月日 勤続期間 退職時の組合市町村名 退職時の職名 退職時の給料月額 円 ( 職 級 号給)
退職手当の受給者に関する事項
受給者氏名 退職者との続柄 住所 電話番号
退職手当支給制限処分の理由
岡山市町村総合事務組合の運営に関する条例第 22 条第 1 項に規定する事情に関し勘 案した内容についての説明
退職手当の全部又は一部を不支給とする処分の内容

**様式第 14 号**（第 12 条関係）

退職手当支払差止処分に関する事項報告書

年 月 日

岡山市町村総合事務組合管理者 様

組合市町村長名

岡山市町村総合事務組合の運営に関する条例（平成 17 年岡山市町村総合事務組合  
条例第 1 号）第 23 条第 4 項の規定により，次のとおり報告します。

当該退職した者に関する事項
退職者氏名 採用年月日 退職年月日 勤続期間 退職時の組合市町村名 退職時の職名 退職時の給料月額 円（ 職 級 号給）
退職手当の受給者に関する事項
受給者氏名 退職者との続柄 住所 電話番号
退職手当支払差止処分の理由



**様式第 16 号**（第 12 条関係）

退職手当返納処分に関する事項報告書

年 月 日

岡山県市町村総合事務組合管理者 様

組合市町村長名

岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例（平成 17 年岡山県市町村総合事務組合  
条例第 1 号）第 25 条第 4 項の規定により，次のとおり報告します。

当該退職した者に関する事項
退職時の組合市町村名 退職年月日 退職者氏名 住所 電話番号
退職手当の受給者に関する事項
受給者氏名 退職者との続柄 住所 電話番号
退職手当返納処分の理由
岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例第 22 条第 1 項に規定する事情のほか， この処分を受ける者の生計の状況に関し勘案した内容についての説明
退職手当返納処分の内容

**様式第 17 号**（第 12 条関係）

退職手当相当額納付処分に関する事項報告書

年 月 日

岡山県市町村総合事務組合管理者 様

組合市町村長名

岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例（平成 17 年岡山県市町村総合事務組合  
条例第 1 号）第 25 条の 3 第 7 項の規定により、次のとおり報告します。

当該退職した者に関する事項
退職時の組合市町村名 退職年月日 退職者氏名
退職手当の受給者に関する事項
受給者氏名 退職者との続柄
退職手当の受給者の相続人に関する事項
相続人氏名 生年月日 住所 電話番号
懲戒免職処分を受けるべき行為をしたと認められる理由
岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例第 22 条第 1 項に規定する事情のほか、 この処分を受ける者の生計の状況に関し勘案した内容についての説明
退職手当相当額納付処分の内容

様式第18号 削除

様式第19号 削除

様式第20号(第19条関係)「表面」

岡山県市町村職員退職票

(1) 年 月 日交付				(2) 組合市町村名					
退職した職員	(3) 氏名			(4) 性別	男・女	(5) 生年月日及び年齢		年 月 日 満 歳	
	(6) 住所又は居所					(10) 勤続年数		年 月	
	(7) 就職年月日	年 月 日	(9) 給与形態	(A) 月給・旬給・週給等		(11) 受給資格区分		(A) 一般受給資格	
	(8) 退職年月日	年 月 日		(B) 日給・時間給・出来高払制等				(B) 高年齢受給資格	
								(C) 特例受給資格	
失業者の退職手当算定の基礎となる給与総額	(A) 基本となる給与が月、週その他一定の期間によって定められている者			(B) 基本となる給与が日・時間、出来高払制その他の請負制によって定められている者			(13) 賃金日額算定の根拠及び額		
	退職の月前6月(月の末日で退職した場合には、その月及び前5日間)に支払われた給与の総額			退職の月前6月における労働日数		(イ) 日、時間、出高払その他の請負制による給与	(ロ) 月、週その他の一定の期間によって定められた給与		賃金日額 円
	1. 給料	円	円	月分	日	円	円	算定方式	
	2. 扶養手当	円	円	月分	日	円	円		
	3. 地域手当	円	円	月分	日	円	円		
	4. 超過勤務手当	円	円	月分	日	円	円		
	5. 管理職手当	円	円	月分	日	円	円		
	6. 通勤手当	円	円	月分	日	円	円		
	7. 特殊勤務手当	円	円	月分	日	円	円		
	8. 宿日直手当	円	円	月分	日	円	円		
9. 住居手当	円	円	月分	日	円	円			
10. 手当	円	円	月分	日	円	円			
11. 合計	円	円	合計	日	円	円			
(14) 退職時に支給された退職手当	円	円	説明欄		(15) 退職時の給料月額		円		
(16) 退職事由		別紙のとおり							
(17) 上記の記載事項を確認する。				(退職した職員の氏名)					
条例第20条に規定する失業者の退職手当を受けようとする申請がありましたので、上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 組合市町村長名 [印]									
上記のとおり受給資格者であることを証明する。 年 月 日 岡山県市町村総合事務組合管理者 [印]									
公記 共 職 業 載 安 定 所 欄	年 月 日求職申込手続きを完了したことを証明する。								
	(18) 公共職業安定所長 認定事項	① 基本手当の日額 .....		円	② 所定給付日数 .....		日		
	③ 待期日数 .....		日						
年 月 日								公共職業安定所長 [印]	

## 退職した職員の注意事項

### 1 記載上の注意

(16)欄には、職員の個人的な事情に起因する退職の場合、退職の主たる事由を一つ選択し、退職者記載欄の□の中に○印を記入すること。

(17)欄には、記載事項に相違ないと認めた場合、氏名を記載すること。なお、記載事項について誤りがあるときは、速やかに所属組合市町村の長に申し出て訂正を受けること。

### 2 この票の交付を受けたときは、速やかに住所又は居所を管轄する公共職業安定所に出頭の上提出し、求職の申込みを行い、証明をうけた上((18)欄は、基本手当の日額、所定給付日数及び待期日数その他必要な事項を具体的に記入してもらうこと。)岡山市町村総合事務組合管理者(以下「管理者」という。)に提出すること。ただし、退職後公共職業安定所に出頭しないまま退職の日の翌日から1年以内に再び組合市町村の職員となった場合には、この票を管理者に提出すること。

## 所属組合市町村の長の記載心得

### 1 職員が退職したとき、その職員が失業者の退職手当を受ける資格を有する場合には、所属組合市町村の長はこの退職票に所定の事項を記載し、2通作成し、印を押した上退職した職員に交付すること。

### 2 記載上の注意

(1)欄には、この票を職員に交付した日を記載すること。

(2)欄には、退職した職員が所属していた組合市町村名を記載すること。

(3)欄には、退職した職員の氏名を記載すること。

(4)欄には、退職した職員の性別について男女のいずれかに○印を付けること。

(5)欄には、退職した職員の生年月日及び満年齢を記載すること。

(6)欄には、退職した職員の住所又は居所を記載すること。

(7)欄には、退職した職員の退職前引き続いて職員として勤務し始めた就職の年月日(職員以外の地方公務員等から引き続き職員となったものは、当該職員以外の地方公務員等として勤務し始めた年月日)を記載すること。

(8)欄には、退職した職員の退職した年月日を記載すること。

(9)欄には、退職した職員の給与形態に応じて(A)欄又は(B)欄の該当個所に○印を付けること。

(10)欄には、退職した職員の(7)欄から(8)欄までの退職手当の計算の基礎となった勤続期間及び岡山市町村総合事務組合の運営に関する条例第20条第1項の規定によって通算される期間の合計期間を記載すること。

(11)欄には、退職した職員を雇用保険法の被保険者とみなした場合において、同法第37条の第2項に該当する者は(B)欄に、同法第38条第1項に該当する者は(C)欄に、その他の者については(A)欄に○印を付けること。

(12)欄には、退職した職員の退職の月前の最後の6月間(月の末日で退職した場合には、その月及び前5月間)に支払われた給与(期末手当及び勤勉手当を除く)の総額を記載し、職員の基本となる給与が月給、旬給、週給等一定の期間によって定められている場合には、(A)欄に給与の種類別に6月間の総額を記載し、職員の基本となる給与が日給、時間給、出来高払制によって定められている場合には、(B)欄にその各月の労働日数及び給与額を記載すること。(B)欄に記載する場合には、退職者の給与がすべて日給、時間給、出来高払制等労働量に応じて支給するものであるときは(イ)の欄にのみ記載し、退職者の給与が一部は日給、時間給等、一部は月、週その他の期間によって支給するときは(イ)の欄及び(ロ)の欄にそれぞれ区別して各月の総額を記載すること。

(13)欄には、退職した職員の賃金日額及び算定の方法を記載すること。

(14)欄には、退職した職員の退職時支給した一般の退職手当の額を記載すること。なお、説明欄には、予告を受けない退職者の退職手当を支給した場合にはその額を、一般の退職手当を支給しなかった場合にはその理由を記載すること。

(15)欄には、退職した職員の退職時の給料月額(給料が日額で定められている者にあつては、日額)を記載すること。

(16)欄には、退職の主たる事由を一つ選択し、所属組合市町村の長記載欄の□に○印を記入の上、具体的事情記載欄(所属組合市町村の長用)に具体的事情を記入すること。

**様式第20号**(第19条関係)「別紙」

(16) 退職事由			
【退職事由は所定給付日数・給付制限の有無に影響を与える場合が有り、適正に記入してください。】			
所属組合 市町村の 長記載欄	退職者 記載欄	退 職 の 事 由	備 考
<input type="checkbox"/>		1 職制若しくは定数の改廃若しくは予算の減少により廃職若しくは過員を生ずることによるもの	
<input type="checkbox"/>		2 定年, 任用期間満了等によるもの	
<input type="checkbox"/>		(1) 定年による退職(定年 歳)	
<input type="checkbox"/>		(2) 任用期間満了による退職	
<input type="checkbox"/>		3 所属組合市町村の長からの働きかけによるもの	
<input type="checkbox"/>		(1) 懲戒免職等処分	
<input type="checkbox"/>		(2) 地方公務員法第28条第1項第2号の規定による免職又はこれに準ずる処分	
<input type="checkbox"/>		(3) 地方公務員法第28条第1項第1号又は第3号の規定による免職又はこれに準ずる処分	
<input type="checkbox"/>		(4) 地方公務員法第28条第4項の規定による失職(同法第16条第1号に該当する場合に限る。)又はこれに準ずる退職	
<input type="checkbox"/>		(5) 地方公務員法第28条第4項の規定による失職(同法第16条第1号に該当する場合を除く。)又はこれに準ずる退職	
<input type="checkbox"/>		(6) 退職勧奨	
<input type="checkbox"/>		4 職場における事情に起因する退職	
<input type="checkbox"/>		(1) 勤務公署の移転により通勤困難となったため	
<input type="checkbox"/>		(2) 公務上傷病による退職	
<input type="checkbox"/>		5 職員の個人的な事情に起因する退職	
	<input type="checkbox"/>	(1) 職務に耐えられない体調不良, けが等があったため	
	<input type="checkbox"/>	(2) 妊娠, 出産, 育児等を行う必要があったため	
	<input type="checkbox"/>	(3) 家庭の事情の急変(父母の扶養, 親族の介護等)があったため	
	<input type="checkbox"/>	(4) 配偶者等との別居生活が継続困難となったため	
	<input type="checkbox"/>	(5) 転居により通勤困難となったため (新住所: )	
	<input type="checkbox"/>	(6) その他 (具体的に )	
<input type="checkbox"/>		6 その他(1-5のいずれにも該当しない場合)	
		具体的事情記載欄(所属組合市町村の長用)	

## 岡山県市町村職員在職票

(1)           年       月       日交付

退職した職員	(2) 氏                   名		(3) 性    別	男    女	
	(4) 生年月日及び年齢	年       月       日   満   才			
	(5) 住居又は居所				
	(6) 就 職 年 月 日	年       月       日			
	(7) 退 職 年 月 日	年       月       日			
	(8) 勤 続 期 間	月			
	(9) 退職時の身分 又は雇用区分				

(退職した職員の氏名)

(10) 上記の事項を確認する

上記のとおり在職していたことを証明する。

(11) 市 町 村 等	名                   称			
	所    在    地		電 話 番 号	

(12) 市町村等の長の氏名印

印


## 退職した職員の注意事項

- 1 記載事項に相違ないと認めたときは(10)欄に氏名を記載すること。  
なお、記載事項について誤りがあるときは、速やかに所属市町村の長に申し出て訂正を受けること。
- 2 退職の日の翌日から起算して1年以内に再び職員となった場合には再就職した所属市町村の長に提出すること。
- 3 この証は1年間大切に保管すること。

## 所属市町村長の記載心得

- 1 職員が失業保険金に相当する退職手当の受給資格を得られずに退職した場合、所属市町村の長はこの証に所定の事項を記載し、正副2通作成し、うち1通に印を押した上退職した職員に交付し、1通(写)を保管しておくこと。
- 2 記載上の注意
  - (1)欄には、この証を職員に交付した年月日を記載すること。
  - (2)欄には、退職した職員の氏名を記載すること。
  - (3)欄には、退職した職員の性別について男女いずれかに○印をつけること。
  - (4)欄には、退職した職員の生年月日及び年令を記載すること。
  - (5)欄には、退職した職員の住所又は居所を記載すること。
  - (6)欄には、退職した職員の退職前引き続いて組合市町村の職員として勤務しはじめた就職年月日を記載すること。
  - (7)欄には、退職した職員の退職年月日を記載すること。
  - (8)欄には、退職した職員の(6)欄から(7)欄までの期間について計算した第20条の2に規定する勤続期間を記載すること。
  - (9)欄には、退職した職員の退職時の身分又は雇用区分を記載すること。
  - (11)欄には、この証を交付する所属市町村の名称、所在地(電話がある場合にはその番号)を記載すること。
  - (12)欄には、所属市町村の長の氏名を記載し、その印を押すこと。

## 失業者の退職手当受給資格証

受給資格者	氏名			男・女	年令	
	住所又は居所			退職事由		
	退職年月日		勤続期間			
	求職年月日		受給期間満了年月日			
待期日数			基本 手当の 日額			
所定給付日数						
待期満了年月日		失業の認定日	毎月			
最初の失業認定日		支給日	毎月			
公共職業訓練等	受講開始 年月日	技能習得手当	受講手当	日額 円 月 日	支給開始	
	受講終了 年月日		通所手当	月額 円 月 日	支給開始	
			寄宿手当	月額 円 月 日	支給開始	
備考						
年 月 日						
岡山市町村総合事務組合管理者						



様式第22号の2(第21条関係)

受給資格者 氏名 変更届  
住所

支給番号			
新氏名			
1 氏名	フリガナ		
	新		
	旧		
2 住所	新		
	旧		
3 生年月日	年 月 日	4 変更年月日	年 月 日
<p>岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例施行規則第21条第3項の規定により上記のとおり届けます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">受給資格者氏名</p> <p>岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>			

注意事項

- 1 氏名を変更したときは、標題中「住所」の文字を抹消すること。この場合には、2欄には記載しないこと。
- 2 住所又は居所を変更したときは、標題中「氏名」の文字を抹消すること。この場合には、1欄には記載しないこと。
- 3 この届書には、変更の事実を証明することができる官公署が発行した書類（例えば住民票）を添えること。

様式第23号(第21条関係)「表面」

# 失業者退職手当支給原簿

台帳番号 (受給資格者証番号)										
受給資格者	氏名				男・女	年齢	満歳			
	住所又は居所				退職事由					
	退職年月日	年	月	日	勤続期間	年	月			
	求職年月日	年	月	日	受給期間満了	年	月			
受給資格証交付年月日		年	月	日	交付責任者					
最後の六月に支払った給与総額	1 給料	円			基本手当額	級	円			
	2 扶養手当	円								
	3 調整手当	円			基準日数		日			
	4 超過勤務手当	円								
	5 管理職手当	円			退職時支給された退職手当		円			
	6 通勤手当	円								
	7 特殊勤務手当	円			基本手当に相当する退職手当		円			
	8 宿日直手当	円								
	9 住居手当	円								
	10 手当	円								
	11 手当	円								
合計	円									
待期日数				日	給付日数					
基本手当に相当する退職手当の支給開始				年	月	日	基本手当に相当する退職手当の支給終了			
				年	月	日				
期間延長経過	申請日	適用条項	延長期間	支給日数延長期間	備考					
				日						
				日						
公共職業訓練等	受講開始			技能習得手当	受講手当	日	額	支給開始		
	年				月	日	円	年	月	日
	受講終了予定				特定職種受講手当	月	額	支給開始		
	年			月	日	円	年	月	日	
			通所手当	月	額	支給開始				
年			月	日	円	年	月	日		
			寄宿手当	月	額	支給開始				
年			月	日	円	年	月	日		

様式第23号(第21条関係)「裏面」

支給状況

1	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
2	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
3	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
4	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
5	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
6	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
7	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
8	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
9	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
10	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
11	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
12	・ ・ 受付 ・ ・ 給付	・ ・ から ・ ・ まで	日分	円	給付残日数 日	給付残額 円	技能習得手当 円	寄宿手当 円
待期日数期間内の 打切りとなる場合		年 月 日打切			打切理由			
給付残日数内で 打切りとなる場合		年 月 日打切			打切理由			
		給付残日数		日				
就職支度金		再就職 年 月 日			再就職先			
		給付残日数		日	支度金支給日数		日	
		支給金額			円			
失業証明を行う公共職業安定所所在地					備 考			
名 称								

## 受給期間延長等申請書

① 申請者	氏名		性別	男・女	受給資格証 番号	
	住所又は 居所					
② 退職年月日	年 月 日					
③ この申請書を提出する理由	イ 妊娠, 出産, 育児, 疾病, 負傷等により職業に就くことができないため ロ 事業を開始等したため  具体的理由 { }					
④ ③のイの理由が疾病又は負傷の場合	傷病の 名称			診療 担当者		
⑤ 職業に就くことができない期間又は事業を実施する期間	年 月 日から 年 月 日まで					
規則第24条第1項・第24条の4第2項の規定により上記のとおり申請します。  年 月 日  岡山県市町村総合事務組合管理者 様  <div style="text-align: right;">申請者 氏名</div>						
※ 処 理 欄	延長期間 年 月 日から 年 月 日まで					

(注)

- 1 この申請は, 組合管理者に受給資格証(受給資格証の交付を受けていない場合は, 退職票)を添えて提出すること。
- 2 ⑤欄の期間が3年を超えるときは, 最大限3年間まで認められるものである。
- 3 ※印欄には, 記載しないこと。

## 受給期間延長等通知書

申請者氏名		受給資格証 番号	
申請受理年月日	年 月 日		
受給期間延長等の理由	イ 妊娠, 出産, 育児, 疾病, 負傷等により職業に就くことができないため ロ 事業を開始等したため  具体的理由 <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</span>		
職業に就くことができない期間又は事業を実施する期間	年 月 日から 年 月 日まで		
延長等後の受給期間満了年月日	年 月 日		
規則第24条第5項・第24条の4第4項の規定により上記のとおり受給期間を延長等する。  <div style="text-align: center; padding: 10px 0 10px 100px;">                     年 月 日                       岡山県市町村総合事務組合管理者 <span style="float: right;">印</span> </div>			

(注)

- 1 この通知書は, 基本手当に相当する退職手当を受けるために必要なものであるから, 大切に保管すること。
- 2 受給期間延長申請書の記載内容に重大な変更があったとき(例えば, 申請書を提出する理由や期間に変更があったとき)には, 速やかにその旨を申し出るとともに, この通知書を提出すること。
- 3 受給期間延長等の理由がやんだときは, 速やかにその旨を届け出るとともに, 受給資格証(受給資格証の交付を受けていない場合には, 退職票)に添えてこの通知書を提出すること。

## 失業の証明書

私は 年 月 日貴所に求職の申込を行いました。

年 月 日より 年 月 日迄の間(但し、

年 月 日から 年 月 日の期間を除く。)

貴所の紹介により他に就職しなかったことを証明願います。

年 月 日

住所

氏名

公共職業安定所長 様

上記のとおり証明する。

年 月 日

公共職業安定所長

印

様式第27号(第28条関係)「表面」

認定日時  
月 日 時から 時まで

失業認定申告書

(該当のところへ○印を付け必要な事柄を記載して下さい。)

① 失業の認定を受けようとする期間中に、就職、就労、内職又は手伝いをしましたか。	イ した (就職又は就労をした日は○印、内職又は手伝いをした日は×印を右のカレンダーに記入してください。) ロ しない	1	2	3	4	5	6	7	月	1	2	3	4	5	6	7
		8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14
		15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21
		22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28
		29	30	31						29	30	31				
② 内職又は手伝いをして収入を得た人は、収入のあった日、収入額、その額が何日分の収入かを記入してください。	収入のあった日	月	日	収入額	円	何日分の収入か	日分									
	収入のあった日	月	日	収入額	円	何日分の収入か	日分									
	収入のあった日	月	日	収入額	円	何日分の収入か	日分									
③ 失業の認定を受けようとする期間中に引き続いて就職先を探しましたか。																
イ 探した	(1)求職活動をどのような方法で行いましたか。															
	求職活動の方法	活動日	利用した機関の名称	求職活動の内容												
	(イ) 公共職業安定所による職業相談、職業紹介等 (ロ) 職業紹介事業者による職業相談、職業紹介等 (ハ) 派遣元事業主による派遣就業相談等 (ニ) 公的機関等による職業相談、職業紹介等															
	(2) (1)の求職活動以外で、事業所の求人に応募したことがある場合には、下欄に記載してください。															
	事業所名、部署	応募日	応募方法	職種	応募の動機	応募の結果										
				(イ) 知人の紹介 (ロ) 新聞広告 (ハ) 就職情報誌 (ニ) インターネット (ホ) その他												
				(イ) 知人の紹介 (ロ) 新聞広告 (ハ) 就職情報誌 (ニ) インターネット (ホ) その他												
ロ 探さなかった	(その理由を具体的に記載して下さい。)															
④ 今、公共職業安定所から自分に適した仕事が紹介されれば、すぐに応じられますか。	イ 応じられる	応じられない理由は何ですか。 (イ) 病気やけがなど健康上の理由 (ロ) 個人的又は家庭の事情のため(例えば、結婚準備、妊娠、育児、家事の都合のため) (ハ) 就職をしたため又は就職予定があるため (ニ) 自営業を開始したため又は自営業開始の予定があるため (ホ) その他 ( )														
	ロ 応じられない															
⑤ 就職もしくは自営業を開始した人又はその予定のある人が記入してください。	イ 就職	(1) 公共職業安定所紹介 (2) 地方公共団体又は職業紹介事業者紹介 (3) 自己就職	(就職先事業所)													
	ロ 自営	月 日より就職(予定)														
岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例施行規則第28条第3項の規定により上記のとおり申告します。																
年 月 日 岡山県市町村総合事務組合 様 受給資格者住所 受給資格者氏名																

## 様式第27号(第28条関係)「裏面」

### 注 意 事 項

- 1 この申告書は、失業の認定を受けるときに、必ず本人が提出すること。
- 2 申告は正しくすること。申告しなければならない事柄を申告しなかったり、偽りの記載をして提出した場合には、以後、基本手当に相当する退職手当を受けることができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また詐欺罪として処罰されることがある。
- 3 ①欄及び③欄の「失業の認定を受けようとする期間」とは、前回の失業の認定日から今回の認定日(この申告書を提出する日)の前日までの期間をいう。ただし、今回の認定日が求職申込み後初めての認定日である場合は、求職申込みの日から今回の認定日の前日までの期間をいう。
- 4 ①欄の「就職」又は「就労」とは、事業主に雇用された場合、自営業を営んだ場合、会社の役員、嘱託になった場合などおよそ職業として認められるものに就いた場合又は自営業を開始するための準備やボランティア活動をした場合などであって、原則として1日の労働時間が4時間以上のもの(4時間未満であっても、雇用保険の被保険者となる場合や、自営業を営む等のため公共職業安定所が職業を紹介してもすぐには応じられない場合は就職又は就労となります。)をいうものである。なお、賃金等の報酬がなくても就職又は就労したことになるものである(無償のボランティア活動など下記5に該当するものを除く。)
- 5 ①欄及び②欄の「内職又は手伝い」とは、雇用保険法第19条の「自己の労働によって収入を得た場合」のことをいい、どんな仕事であってもそれによって収入を得た場合、すなわち事業主に雇用された場合、自営業を営んだ場合、他人の仕事の手助けをして収入を得た場合などあなたが働いた場合又はボランティア活動をした場合などで、原則として1日の労働時間が4時間未満(雇用保険の被保険者となる場合を除きます。)であって、「就職」又は「就労」とはいえない程度のもの(1日の労働時間が4時間以上であっても、1日当たりの収入額が賃金日額の最低額未満の場合はこれに含まれることがあります。)をいうものである。なお、「内職又は手伝い」による収入を得ていない場合も①欄に記載すること。
- 6 ③欄のイに○印を付けた人は、③欄の表に必要な事柄を具体的に記載すること。
- 7 ③の(2)欄には、③の(1)欄の求職活動以外で、事業所の求人に応募したことがある場合に、応募した事業所名等を記載すること。なお、「事業所名、部署」欄には、事業所名及び部署名のほか、その部署の電話番号をあわせて記載すること。また、「応募方法」欄には、書類の郵送、直接の訪問など求人に応募した方法を具体的に記載すること。
- 8 ④欄のロの(ホ)その他に○印を付けた人は、公共職業安定所が職業を紹介してもすぐには応じられない理由を( )の中に具体的に記載すること。

様式第28号(第29条関係)

公共職業訓練等受講届										
① 受給資格者に関する事項	氏名						受給資格証番号			
	住所又は居所									
② 公共職業訓練等に関する事項	(1)種類	1 公共職業訓練	2 雇用保険法第63条第1項第3号の講習及び訓練	3 障害者の雇用の促進等に関する法律第13条の適応訓練	4 高齢者等の雇用の安定等に関する法律第25条第1項の計画に準拠した同項第3号に掲げる訓練	5 雇用保険法第6条第5号に規定する船員の職業能力の開発及び向上に資する訓練又は講習として厚生労働大臣が定めるもの	6 職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律第4条第2項に規定する認定職業訓練			
	(2)職種			(3)期間			(4)昼夜間の別	昼間・夜間		
	(5)受講開始年月日	年 月 日			(6)終了予定年月日	年 月 日				
	この欄の記載事実には誤りのないことを証明する。									
	年 月 日 公共職業訓練等の施設の長の職 氏名									
③ 寄宿に関する事項	(1)寄宿の事実	有・無		(2)寄宿開始年月日	年 月 日					
	(3)寄宿前の住所又は所									
	(4)家族の状況	氏名	受給資格者との続柄	年齢	職業	同居・別居の別	別居している者の住所又は居所			
				歳	有・無	同居・別居				
			歳	有・無	同居・別居					
			歳	有・無	同居・別居					
			歳	有・無	同居・別居					
			歳	有・無	同居・別居					
			歳	有・無	同居・別居					
			歳	有・無	同居・別居					
④ 公共職業訓練等の受講を指示した公共職業安定所名										
規則第29条第1項の規定により上記のとおり届けます。										
年 月 日 受給資格者 氏名 岡山県市町村総合事務組合管理者 様										
※処理欄	基本手当	寄宿手当	証明認定							

(注) 1 この届書には、受給資格証を添えること。  
 2 この届書に記載された事項に変更があったときは、速やかに組合管理者に届け出ること。この場合においては、所要の証明書を添えること。  
 3 記載上の注意  
 イ ③欄の(4)の事項については、組織団体の長の証明書を添えることを命じられることがあること。  
 ロ ※印欄には、記載しないこと。



様式第30号(第30条関係)「表面」

公共職業訓練等受講証明書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

支給番号						未支給区分(1 未支給, 空欄 未支給以外)							
待期満了年月日	年 月 日												
支給期間	初日	年 月 日			末日	年 月 日							
認定日数		受講日数		通所日数		寄宿日数							
内職(労働日数, 収入額)			円	就業手当支給日数									
1 受講者氏名				2 証明対象期間		年 月							
3 訓練受講職種													
4 右のカレンダーに該当する印をつけてください。 (1) 公共職業訓練等が行われなかった日(日・祝日等) =印 (2) 公共職業訓練等を受けなかった日のうち イ 疾病又は負傷による場合 ○印 ロ イ以外でやむを得ない理由がある場合 △印 ハ やむを得ない理由がない場合 ×印							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				
5 特記事項													
上記の記載事実に誤りのないことを証明する。 年 月 日 (公共職業訓練等の施設の長の職氏名)													
6 2の期間中に就職, 就労, 内職又は手伝いをしましたか。						イ した    ロ しない							
7 2の期間中に内職又は手伝いをして収入を得ましたか。						イ 得た    ロ 得ない							
8 寄宿の有無 有 ( ) ・ 無													
上記のとおり申告します。 また, この証明書の提出を上記公共職業訓練等の施設の長に委任します。 年 月 日 受講者氏名 岡山市町村総合事務組合管理者 様													

## 様式第30号(第30条関係)「裏面」

### 注意事項

- 1 公共職業訓練等を受けなかった日がある場合は、具体的事情その他必要な事項を5欄に記載すること。
- 2 申告は正しくすること。申告しなければならない事柄を申告しなかったり、偽りの記載をして提出した場合には、以後失業等給付を受けることができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがある。
- 3 6欄及び7欄は、該当する記号を○で囲むこと。なお、6欄又は7欄においてイを○で囲んだ者は、その内容を失業認定申告書により申告すること。
- 4 6欄及び7欄の「2の期間」は、公共職業訓練等受講開始前及び受講修了後の期間を除くものであること。
- 5 6欄の「就職」又は「就労」とは、事業主に雇用された場合、自営業を営んだ場合、嘱託になった場合などおよそ職業として認められるものに就いた場合若しくは自営業を開始するための準備やボランティア活動をした場合などであって、1日の労働時間が4時間以上のもの(4時間未満であっても雇用保険の被保険者となる場合は就職又は就労となります。)、又は日雇労働者として臨時に労働したり会社の役員になったりした場合等をいうものであること。なお、賃金などの報酬がなくても就職又は就労したことになるものであること。
- 6 6欄及び7欄の「内職」又は「手伝い」とは、雇用保険法第19条の「自己の労働によって収入を得た場合」のことをいい、どんな仕事であってもそれによって収入を得た場合又はボランティア活動をした場合などであって、他人の仕事の手助けをした場合などあなたが働いた場合で、「就職」又は「就労」とはいえない程度のものをいうものであること。なお、「内職」又は「手伝い」による収入を得ていない場合も含むものであること。
- 7 8欄には、該当するものを○で囲むこと。なお、「有」を○で囲んだ者であって「別居して寄宿していない日」があるときは、その日及び理由を( )内に記載すること。
- 8 この証明書の提出を自ら行う場合又は公共職業訓練等の施設の長以外の者に委任する場合は、「また、この証明書の提出を上記公共職業訓練等の施設の長に委任します。」を抹消すること。

傷病手当に相当する退職手当支給申請書

					受給資格証番号				
申請書	①氏名		②性別	男・女	③生年月日	年	月	日	
診療担当者の証明	④ 傷病の名称及びその程度								
	⑤ 初診年月日		年 月 日						
	⑥ 傷病の経過		年 月 日 治ゆ, 転医, 中止, 継続中						
	⑦ 傷病のため職業に就くことができなかつたと認められる期間		年 月 日から				年 月 日まで		日間
	⑧ 上記のとおり証明する。		年 月 日 診療機関の所在地及び名称 電話 診療担当者氏名						
支給申請期間	⑨ 同一の傷病により受けることができる給付		(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8)						
	⑩ ⑨の給付を受けることができる期間		年 月 日から		年 月 日まで		日間		
	⑪ 傷病手当に相当する退職手当の支給を受けようとする期間		年 月 日から		年 月 日まで		日間		
⑫ 内職若しくは手伝いをした日又は収入のあった日, その額等を記入してください。		内職又は手伝いをした日 月 月 月 日 日 日	収入のあった日 月 日 収入額 円 何日分の収入か 日分	収入のあった日 月 日 収入額 円 何日分の収入か 日分	収入のあった日 月 日 収入額 円 何日分の収入か 日分				
規則第31条第1項の規定により上記のとおり傷病手当に相当する退職手当の支給を申請します。  年 月 日  申請者氏名  岡山県市町村総合事務組合管理者 様									
※処理欄	支給期間		年 月 日から		年 月 日まで		日間		

## 様式第31号(第31条関係)「裏面」

### 注 意 事 項

- 1 この申請書は、組合管理者に提出すること。
- 2 この申請書には、受給資格証を添えること。
- 3 ⑨欄は、⑦欄の期間のうち、同一の傷病により受けることができる給付について、次の区分に従って該当するものの番号(2以上の給付を受けることができる場合には、その受けることができるすべての給付の番号)を○で囲むこと。
  - (1) 健康保険法による傷病手当金
  - (2) 労働基準法による休業補償又は労働者災害補償保険法による休業補償給付若しくは休業給付
  - (3) 船員法による傷病手当
  - (4) 国家公務員災害補償法又は地方公務員災害補償法による休業補償その他法令により国家公務員等に対して支給されるこれに相当する給付
  - (5) 国家公務員共済組合法その他各種の共済組合法による傷病手当金
  - (6) 国民健康保険法による傷病手当金
  - (7) 警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律による休業給付その他法令により公務の遂行に協力した者に対して支給されるこれに相当する給付
  - (8) 公害健康被害の補償等に関する法律による障害補償費
- 4 ⑩欄には、⑦欄の期間のうち、⑨欄の給付を受けることができる期間を記載すること。なお、⑨欄で2以上の番号を○で囲んだ場合は、その給付を受けることができる期間を、それぞれその番号の順に記載すること。
- 5 ⑫欄には、⑦欄の期間中において、内職若しくは手伝いをした場合又は内職若しくは手伝いによる収入を得た場合に記載すること。「内職若しくは手伝い」とは、雇用保険法第19条の「自己の労働によって収入を得た場合」のことをいい、どんな仕事であってもそれによって収入を得た場合、すなわち他人の仕事の手助けをして収入を得た場合などあなたが働いたりした場合であって、「就職又は就労」とはいえない程度のものをいうものであること。
- 6 ※ 印欄には、記載しないこと。

様式第32号 削除

再就職手当に相当する退職手当支給申請書

① 申請者	氏名		住所				(電話)		
事業主の証明	② 就職先の事業所 (開始した事業)	名称			事業所番号				
		所在地							(電話)
		事業の種類							
	③ 雇入年月日 (事業開始年月日)	年	月	日	④ 採用内定年月日	年	月	日	
⑤ 職種				⑥ 一週間の所定労働時間	時間			分	
⑦ 賃金月額	万	千	円	⑧ 雇用期間	イ 定めなし	年 月 日まで			
					ロ 定めあり	_____ ( 年 カ月)			
					契約更新条項 (イ 有 ロ 無)				
					1年を超えて雇用する見込み(イ 有 ロ 無)				
⑨ 上記の記載事実に誤りのないことを証明する。									
年 月 日									
事業主氏名									
(法人のときは、名称及び代表者氏名)									
⑩ ③の雇入年月日又は事業開始年月日前3年間における就業についての再就職手当に相当する退職手当又は常用就職支度手当に相当する退職手当の受給の有無				イ 再就職手当相当する退職手当又は常用就職支度手当に相当する退職手当を受給したことがある。					
				ロ 再就職手当に相当する退職手当又は常用就職支度手当に相当する退職手当のいずれもを受給したことがない。					
岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例施行規則第32条第1項の規定により上記のとおり再就職手当に相当する退職手当の支給を申請します。									
年 月 日									
申請者氏名									
岡山県市町村総合事務組合管理者 様									
受取金融機関名			支店名		種目		口座番号		
					普通				
					当				
※処理欄	所定給付日数				円		備考		
	支給残日数				日				
	支給金額				円				
	支給決定年月日		年	月	日				

## 様式第33号(第32条関係)「裏面」

### 注意事項

- 1 この申請書は、③欄に記載した雇入年月日又は事業開始年月日の翌日から起算して1箇月以内に、管理者に提出すること。
- 2 この申請書には、受給資格証を添えること。
- 3 雇用された受給資格者にあつては①から⑩までの欄に記載し、事業を開始した受給資格者にあつては①から③まで及び⑩の欄に記載すること。
- 4 申請は、正しくすること。偽りの記載をして提出した場合には、以後、失業者の退職手当を受けることができなくなるほか、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、又は詐欺罪として処罰されることがある。
- 5 ⑧欄は、該当する記号を○で囲むこと。また、「ロ 定めあり」を○で囲んだ場合には、その雇用期間を具体的に記載するとともに、契約更新条項の有無及び1年を超えて雇用する見込みの有無について該当するものの記号をそれぞれ○で囲むこと。
- 6 ⑩欄は、該当する記号を○で囲むこと。
- 7 事業主は、⑨欄の証明を行うとともに、速やかに雇用保険被保険者資格取得届の提出を行うこと。
- 8 事業主が偽りの証明をした場合には、不正に受給した者と連帯して、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、又は詐欺罪として処罰されることがある。
- 9 ※印欄には、記載しないこと。

様式第33号の2(第32条関係)「表面」

就業促進定着手当に相当する退職手当支給申請書

1.氏名			2.受給資格証番号		
3.住所	〒				
4.就職先の事業所	名称			事業所番号	
	所在地	〒 (電話番号 )			
5.一週間の所定労働時間	時間	分	6.求人申込み時等に明示した賃金額(月額)	万	千円
7.雇用期間中の賃金支払状況					
① 賃金支払対象期間	② ①の基礎日数	③ 賃 金 額			④ 備 考
		Ⓐ	Ⓑ	計	
月 日 ~ 月 日					
月 日 ~ 月 日					
月 日 ~ 月 日					
月 日 ~ 月 日					
月 日 ~ 月 日					
月 日 ~ 月 日					
月 日 ~ 月 日					
就職年月日 ~ 月 日					
8.上記の記載事実に誤りがないことを証明する。					
年 月 日					
事業主氏名					
(法人のときは名称及び代表者氏名)					
9.岡山市町村総合事務組合の運営に関する条例施行規則第32条の規定により,上記のとおり就業促進定着手当に相当する退職手当の支給を申請します。					
年 月 日					
申請者氏名					
岡山市町村総合事務組合管理者 様					
備考					

事業主の証明

## 様式第33号の2(第32条関係)「裏面」

### 注意事項

- 1 この申請書は、再就職手当の受給に係る就職日から起算して6ヵ月に至った日の翌日から起算して2ヵ月以内に管理者に提出すること。なお、期間経過後に提出した場合は、特別の事情があると認められない限り受理されないので注意すること。
- 2 この申請書は、受給資格者証を添えること。
- 3 申請者にあつては1欄から3欄まで及び9欄、当該申請者を雇用した事業主にあつては4欄から8欄までをそれぞれ記載すること。ただし、1欄から3欄までは、再就職手当の支給申請時から変更がない場合は記載を省略することができる。
- 4 申請は正しくすること。偽りの記載をして提出した場合には、以後失業等給付を受けることができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがある。
- 5 事業主の記載事項について
  - ア 5欄は、再就職手当に相当する退職手当の受給に係る就職日から6ヵ月に至った時点における一週間の所定労働時間を記載すること。
  - イ 6欄は、事業主が求人の申込み、募集等を行う際、申請者に対して明示した賃金額(月額)を記載すること。
  - ウ 7欄は、再就職手当に相当する退職手当の受給に係る就職日から最初に到達する賃金締切日(賃金締切日が1暦月中に2回以上ある者については各暦月の末日に最も近い賃金締切日を、日々賃金が支払われる者等定められた賃金締切日のない者については暦月の末日をいう。以下同じ。)まで、及び各賃金締切日の翌日から次の賃金締切日までの期間ごとにそれぞれ記載すること。
  - エ 8欄において、4欄から7欄までの記載事項の証明を行うこと。
- 6 事業主が偽りの証明をした場合には、不正に受給した者と連帯して、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがある。

常用就職支度手当に相当する退職手当支給申請書

① 申請者		氏名	住所	(電話)
事業主の証明	② 就職先の事業所 (開始した事業)		名称	事業所番号
			所在地	(電話)
			事業の種類	
	③ 雇入年月日 (事業開始年月日)		年 月 日	④ 採用内定年月日
⑤ 職 種		⑥ 一週間の所定労働時間		時間 分
⑦ 賃金月額		万 千円	⑧ 雇用期間	イ 定めなし ロ 定めあり _____ 年 月 日まで ( 年 月 日) 契約更新条項 (イ 有 ロ 無) 1年を超えて雇用する見込み(イ 有 ロ 無)
⑨ 上記の記載事実には誤りのないことを証明する。  年 月 日  事業主氏名  (法人のときは、名称及び代表者氏名)				
⑩ ③の雇入年月日又は事業開始年月日前3年間における就業についての再就職手当に相当する退職手当又は常用就職支度手当に相当する退職手当の受給の有無			イ 再就職手当相当する退職手当又は常用就職支度手当に相当する退職手当を受給したことがある。 ロ 再就職手当に相当する退職手当又は常用就職支度手当に相当する退職手当のいずれも受給したことがない。	
岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例施行規則第32条第1項の規定により上記のとおり常用就職支度手当に相当する退職手当の支給を申請します。  年 月 日  申請者氏名  岡山県市町村総合事務組合管理者 様				
受取金融機関名		支 店 名		種 目
				普 通 当 座
口座番号				
備考				
※ 処 理 欄	支 給 金 額	円	支給決定年月日	年 月 日

## 様式第34号(第32条関係)「裏面」

### 注意事項

- 1 この申請書は、③欄に記載した雇入年月日又は事業開始年月日の翌日から起算して1箇月以内に、管理者に提出すること。
- 2 この申請書には、受給資格証、高年齢受給資格証又は特例受給資格証を添えること。
- 3 ⑧欄は、該当する記号を○で囲むこと。また、「ロ 定めあり」を○で囲んだ場合には、その雇用期間を具体的に記載するとともに、契約更新条項の有無及び1年を超えて雇用する見込みの有無について該当するものの記号をそれぞれ○で囲むこと。
- 4 ⑩欄は、該当する記号を○で囲むこと。
- 5 ※印欄には、記載しないこと。

## 移転費に相当する退職手当支給申請書

① 申請者	氏名			受給資格証番号											
	移転前の住所 又は居所														
	移転前の住所 又は居所														
② 就職先の事業所	所在地														
	名称														
③ 就職決定年月日	年 月 日	※雇用期間													
④ 受講する公共職業訓練等の施設	所在地														
	名称														
⑤ 特定地方公共団体又は職業紹介事業者の紹介による就職の場合、その所在地及び名称	所在地														
	名称														
⑥ 受講指示年月日	年 月 日	⑦ 受講開始年月日	年 月 日	⑧ 受講終了年月日	年 月 日										
⑨ 移転開始予定年月日	年 月 日	⑩ 乗車(船)の場所 (出発空港)			⑪ 下車(船)の場所 (到着空港)										
⑫ 移転する者の氏名	⑬ 生年月日	⑭ 続柄	※鉄道賃		※船賃		※航空賃		※車賃		※移転料		※着後手当	※計	
			距離	運賃	急行料金	計	距離	運賃	距離	運賃	距離	支給額			距離
本人			キロメートル	円	円	円	キロメートル	円	キロメートル	円	キロメートル	円			円
家族															
※合計											キロメートル	円	円	円	
												※ 就職先の事業主から支給される就職支度費の額		円	
												※ 差引支給額		円	
規則第32条第1項の規定により上記のとおり移転費に相当する退職手当の支給を申請します。															
年 月 日															
岡山県市町村総合事務組合管理者 様															
申請者氏名															

## 様式第35号(第32条関係)「裏面」

### 注意事項

- 1 この申請書は、移転の日の翌日から起算して1箇月以内に、管理者に提出すること。
- 2 この申請書には、受給資格証、高年齢受給資格証又は特例受給資格証を添えて提出すること。
- 3 就職するために移転する場合には、④欄及び⑥欄から⑧欄までは記載しないこと。
- 4 公共職業安定所の紹介による就職をするために移転する場合には、⑤欄には記載しないこと。
- 5 公共職業訓練等を受講するために移転する場合には、②欄、③欄及び⑤欄は記載しないこと。
- 6 ⑨欄には、移転のために出発する予定年月日を記載すること。
- 7 ⑫の家族欄には、随伴する同居の親族のうち申請者の収入によって生計を維持している者について記載すること。この場合には、その事実を証明することができる書類を添えること。
- 8 ※印欄には、記載しないこと。

様式第36号(第32条関係)

求職活動支援費(広域求職活動費)に相当する退職手当支給申請書

申請者	氏名			性別	男・女	受給資格証番号							
	住所又は居所												
訪問事業所	名称	所在地											
※ 宿泊地	公共職業安定所関係	公共職業安定所関係	公共職業安定所関係	公共職業安定所関係									
※ 泊数	泊	泊	泊	泊									
<p>規則第32条第1項の規定により、上記のとおり求職活動支援費(広域求職活動費)に相当する退職手当の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>													
※組合記載欄	区間	鉄道賃			船賃		航空賃		車賃		宿泊料	計	鉄道距離 換算キロ数 (キロメートル)
		距離 (キロメートル)	運賃 (円)	急行料金 (円)	計 (円)	距離 (キロメートル)	運賃 (円)	距離 (キロメートル)	運賃 (円)	距離 (キロメートル)			
	合計												
求人者から支給される広域求職活動に要する費用の額											円		
差 引 支 給 額											円		

(注)

- この申請書は、組合の指示による広域求職活動を終了した日の翌日から起算して10日以内に、管理者に提出すること。
- ※印欄には、記載しないこと。

様式第36号の2(第32条関係)「表面」

求職活動支援費(短期訓練受講費)に相当する退職手当支給申請書

申請者	氏名			性別	男・女	受給資格証番号	
	住所又は居所						
講座	教育訓練施設の名称	講座名	受講開始 年月日	受講終了 年月日	当該講座に関連する公的資格	受講費(入学 料含む)(円)	
					資格名 〔 分類 <input type="checkbox"/> (1~9) 裏面参照	円	
<p>規則第32条第1項の規定により, 上記のとおり求職活動支援費(短期訓練受講費)に相当する退職手当の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p>岡山市町村総合事務組合管理者 様</p>							
※ 処 理 欄	支給決定年月日		年 月 日				
	計 算 欄					支給額(円)	
備考欄							

## 様式第36号の2(第32条関係)「裏面」

### 注意事項

- 1 この申請書は、教育訓練を行う者（以下「教育訓練実施者」という。）の発行する求職活動支援費（短期訓練受講費）に相当する退職手当の支給に係る教育訓練を修了したことを証明することができる書類（以下「教育訓練修了証明書」という。）に記載された受講修了日の翌日から起算して1ヶ月以内に、受給資格証、高年齢受給資格証又は特例受給資格証に下記の確認書類を添付して、申請者本人が提出すること。
- 2 申請書に添付すべき確認書類は次のとおりであるが、これらの確認書類と申請書の内容が異なる場合は、支給決定を行うことができないため、教育訓練実施者より(1)、(2)及び(3)の交付があった際には、その内容をよく確認し、事実と異なる場合は、教育訓練実施者に対して修正を依頼すること。
  - (1) 教育訓練実施者の発行する「教育訓練修了証明書」
  - (2) 教育訓練実施者の発行する教育訓練経費に係る「領収書」  
教育訓練経費の支払いをクレジット会社を介したクレジット契約により行う場合は、教育訓練実施者の発行する「クレジット契約証明書」（必要事項を教育訓練実施者が付記したクレジット伝票でもよい）、教育訓練実施者に対する分割払等のために「領収書」等が複数枚にわたるときはその全てを提出すること。
  - (3) 教育訓練実施者の発行する「返還金明細書」（「領収書」「クレジット契約証明書」が発行された後で、受講料の値引き等により、教育訓練経費の一部が教育訓練実施者から本人に対して還付された（される）場合に必要。）
- 3 申請書の記載について
  - (1) 当該講座に関連する公的資格の分類については、以下の区分に該当するものを記載すること。

1 輸送・機械運転関係	4 情報関係	7 技術関係
2 医療・社会福祉・保健衛生関係	5 事務関係	8 製造関係
3 専門的サービス関係	6 営業・販売・サービス関係	9 その他
  - (2) 受講費の額は、「教育訓練修了証明書」及び教育訓練実施者の発行する教育訓練経費に係る「領収書」（又はクレジット契約証明書）の両方に記載された額と同一額となっていることを確認すること。  
なお、教育訓練経費の一部が教育訓練実施者から本人に対して還付された（される）場合は、受講費の額は「返還金明細書」に記載された額を差し引いた額と同一額となっていることを確認すること。
  - (3) ※印の欄には記載しないこと。

様式第36号の3(第32条関係)「表面」

求職活動支援費(求職活動関係役務利用費)に相当する退職手当支給申請書

申請者	氏名					性別	男・女	受給資格証番号	
	住所又は居所								
1 保育等サービス	項番	保育等サービス 利用理由	保育等サービス 事業者名	保育等 サービス 利用日	保育等 サービス 利用日数	保育等サービス名	保育等 サービス 利用期間 内の求職 活動実施日	保育等 サービス 利用期間 内の求職 活動実施 日数	費用(自己負担分) (円)
	①	1.面接等のため 2.訓練のため			日	{ } ※(01~14)裏面参照		日	円
	②	1.面接等のため 2.訓練のため			日	{ } ※(01~14)裏面参照		日	円
	③	1.面接等のため 2.訓練のため			日	{ } ※(01~14)裏面参照		日	円
	④	1.面接等のため 2.訓練のため			日	{ } ※(01~14)裏面参照		日	円
<p>規則第32条第1項の規定により、上記のとおり求職活動支援費(求職活動関係役務利用費)に相当する退職手当の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>									

※ 処 理 欄	支給決定年月日		年	月	日	
	項番	計 算 欄				支給額(円)
	①					円
	②					円
	③					円
	④					円
合計					円	

備考	
----	--

## 様式第36号の3(第32条関係)「裏面」

### 注意事項

- この申請書は、失業の認定を受けようとする期間（前回の失業の認定日から今回の認定日の前日までの期間。認定対象期間＝支給対象期間（求職活動支援費（求職活動関係役務利用費）に相当する退職手当））中に、求人者との面接等をするため、又は求職活動関係役務利用費対象訓練を受講するために保育等サービスを利用した場合、その失業の認定を受ける日（認定日＝確認日（求職活動支援費（求職活動関係役務利用費）に相当する退職手当））に、受給資格証、高年齢受給資格証又は特例受給資格証に下記の確認書類を添付して、申請者本人が提出すること。  
ただし、高年齢受給資格者、特例受給資格者の方が求職活動支援費（求職活動関係役務利用費）に相当する退職手当支給申請書を提出する場合にあっては、当該求職活動支援費（求職活動関係役務利用費）に相当する退職手当の支給に係る保育等サービスを利用した日の翌日から起算して4ヶ月以内に行うこと。
- 申請書に添付すべき確認書類は次のとおりであるが、これらの確認書類と申請書の内容が異なる場合は、支給決定を行うことができないため、保育等サービス事業者より（1）、（2）及び（3）の交付があった際には、その内容をよく確認し、事実と異なる場合は、保育等サービス事業者に対して修正を依頼すること。
  - 保育等サービス事業者の発行する保育等サービス費用に係る「領収書」又は「契約書」  
保育等サービス費用の支払いをクレジット会社を介してクレジット契約により行う場合は、保育等サービス事業者の発行する「クレジット契約証明書」（必要事項を保育等サービス事業者が付記したクレジット伝票でもよい）、保育等サービス事業者に対する分割払等のために「領収書」等が複数枚にわたるときはその全てを提出すること。
  - 事業主の証明を受けた「面接証明書」又は求職活動関係役務利用費対象訓練を実施する者の発行する求職活動関係役務利用費対象訓練を受講したことを証明することができる書類（「教育訓練修了証明書」など）
  - 保育等サービス費用について、求人者、地方公共団体その他の者から補助を受けた場合はその額を証明する書類
- 申請書の記載について
  - 1欄の保育等サービス利用日及び保育等サービス利用日数については、利用する保育等サービスの全ての利用日及び利用日数を記載すること。ただし、保育等サービスであって、求職活動のために利用するものではないものは、記載しないこと。
  - 1欄の保育等サービス利用期間内の求職活動実施日及び保育等サービス利用期間内の求職活動実施日数については、保育等サービス利用日及び保育等サービス利用日数に記載した利用日及び利用日数のうち、支給対象期間中に求職活動を実施した日及び日数を記載すること。
  - 1欄の保育等サービス名については、以下の区分に該当する番号を記載すること。

01 認可保育所で行う保育	06 居宅訪問型保育	11 延長保育事業
02 認可幼稚園で行う保育	07 事業所内保育	12 病児保育事業
03 認定子ども園で行う保育	08 一時預かり事業	13 放課後児童クラブ
04 小規模保育	09 子育て短期事業	14 その他の保育等サービス
05 家庭的保育	10 子育て援助活動支援事業	(認可外保育施設が行う保育等)
	(ファミリー・サポート・センター事業)	
  - 費用（自己負担分）の額は、保育等サービス事業者の発行する保育等サービス費用に係る「領収書」（又はクレジット契約証明書）の額と同一額となっていることを確認すること。
  - ※印の欄には記載しないこと。

失業者退職手当高年齢受給資格証

高年齢受給資格者	氏名			男・女	年令	満	歳		
	住所又は居所								
退職事由									
求職年月日	年	月	日	受給期限日	年	月	日		
待期満了年月日	年	月	日	基本手当(日額)	円				
失業の認定日				年				月	日
岡山県市町村総合事務組合管理者									
印									
交付年月日	年							月	日
月・日	支給日数	支給金額		摘要		取扱者印			
.									
.									
.									
.									

注意事項

- この証は、高齢者求職者給付金に相当する退職手当を受けるために必要なものであるから表面に書かれている受給期限日までは大切に保管すること。もし、この証をなくしたり又は損傷したときは、速やかに申し出て再交付を受けること。
- 高齢者求職者給付金に相当する退職手当を受けようとするときは、あらかじめこの証を関係書類に添えて管轄公共職業安定所に提出し、失業の認定を受けた後、管理者に提出すること。
- 偽りその他の不正の行為によって高齢者求職者給付金に相当する退職手当の支給を受けたり、又は受けようとしたときは、以後高齢者求職者給付金に相当する退職手当を受けることができなくなるほか、その返還と一定の金額の納付を命じられ、又は処罰される場合がある。
- 氏名又は住所若しくは居所を変更したときは、失業の認定日に届書を提出すること。

失業者退職手当特例受給資格証

特例受給資格者	氏名		男・女	年令	満歳
	住所又は居所				
退職事由					
求職年月日	年	月	日	受給期限日	年 月 日
待期満了年月日	年	月	日	基本手当(日額)	円
失業の認定日	年 月 日				
岡山県市町村総合事務組合管理者					
印					
交付年月日	年 月 日				
月・日	特例一時金支給日数	支給金額	特例一時金支給日数	取扱者印	
・					
・					
・					
・					
・					
・					

注意事項

- この証は、特例一時金に相当する退職手当を受けるために必要なものであるから表面に書かれている受給期限日までは大切に保管すること。もし、この証をなくしたり又は損傷したときは、速やかに申し出て再交付を受けること。
- 特例一時金に相当する退職手当を受けようとするときは、この証を関係書類に添えて管轄公共職業安定所に提出すること。
- 特例一時金に相当する退職手当の支給日は、管理者が特に指定した以外原則として失業の認定日と同一の日である。
- 偽りその他の不正の行為によって特例一時金に相当する退職手当の支給を受けたり、又は受けようとしたときは、以後特例一時金に相当する退職手当を受けることができなくなるほか、その返還と一定の金額の納付を命じられ、又は処罰される場合がある。



**様式第 39 号**（第 38 条関係）「裏面」

〔注意事項〕

- 1 報告者は、※印の欄には記入しないこと。また、該当する口に✓印を記入すること。
- 2 「2 災害発生の状況とその原因」の欄に記入に当たって別紙用紙を用いるときは、所属部局の長の証明を付すること。
- 3 この報告書には、次に掲げる書類を添付するものとする。
  - (1) 医師の所見、定期健康診断の記録、既往歴等公務又は通勤により生じたかどうかを認定するために参考となる事項を記載した書類
  - (2) 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
  - (3) その他必要な書類

様式第 40 号 (第 39 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
公務災害補償通知書

年 月 日

.....様

岡山県市町村総合事務組合

管理者..... 印

あなたは、岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例の規定により、下記の災害に対する補償を受けることができますので、通知します。

記

1 被災非常勤の職員等の氏名.....

2 災害発生年月日.....年.....月.....日.....

3 傷病名.....

4 認定番号.....年度第.....号

## 補 償 の 内 容

### 1 あなたが被災非常勤の職員等である場合

#### (1) 療養補償

公務上の負傷又は疾病については、右の範囲で療養上相当と認められるものを療養補償として受けることができます。

- ア 診察
- イ 薬剤又は治療材料の支給
- ウ 処置, 手術その他の治療
- エ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- オ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- カ 移送

#### (2) 休業補償

公務上の負傷又は疾病の療養のため勤務することができない場合で給与を受けないときは、その期間、補償基礎額の  $\frac{60}{100}$  に相当する金額の休業補償を受けることができます。

#### (3) 傷病補償年金

公務上の負傷又は疾病に係る療養の開始後 1 年 6 か月を経過した日以後において、条例に定められている程度の障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受けることができます。なお、傷病補償年金を受ける場合には休業補償を受けることができません。

#### (4) 障害補償

公務上の負傷又は疾病が治ったとき、条例に定められている程度の障害が残ったときは、その程度に応じて年金又は一時金の障害補償を受けることができます。

#### (5) 障害補償年金前払一時金

年金の障害補償を受けることができる場合は、申出により、障害の程度に応じた額の範囲で選択した障害補償年金前払一時金を受けることができます。なお、年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

#### (6) 介護補償

傷病補償年金又は年金の障害補償を受けることができる場合で、条例で定める程度の障害により常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、実際に介護を受けているときは、その期間（病院等に入院している期間を除く。）、介護補償を受けることができます。

### 2 あなたが被災非常勤の職員等以外の者である場合

#### (1) 遺族補償

あなたが公務上死亡した非常勤の職員等の遺族であって、非常勤の職員等の死亡の当時、その収入によって生計を維持しており、次の①から⑦までに該当する場合は年金の、その他の場合は一時金の遺族補償を受けることができます。

- ① 妻及び 60 歳以上の夫
- ② 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある子
- ③ 60 歳以上の父母
- ④ 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある孫
- ⑤ 60 歳以上の祖父母
- ⑥ 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にあるか又は 60 歳以上の兄弟姉妹
- ⑦ 55 歳以上 60 歳未満の夫、父母、祖父母、兄弟姉妹

ただし、非常勤の職員等の死亡の当時、条例で定める障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、年齢に関係なく年金を受けることができます。

遺族補償年金を受ける順位は、上記①から⑦までの番号のとおりであり、⑦に掲げる者にあつては、夫、父母、祖父母、兄弟姉妹の順序となります。遺族補償年金は上記の順序による最先順位者（遺族補償年金を受ける権利を有する者）に対して支給されます。ただし、⑦に掲げる者は、60歳に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

(2) 遺族補償年金前払一時金

あなたが、(1)により遺族補償年金を受ける権利を有する場合には、申出により、一定の額の範囲で選択した遺族補償年金前払一時金を受けることができます。なお、遺族補償年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(3) 葬祭補償

あなたが公務上死亡した非常勤の職員等の葬祭を行う者である場合は、通常葬祭に要する費用を考慮して条例で定める金額の葬祭補償を受けることができます。

(4) 障害補償年金差額一時金

あなたが障害補償年金の受給権者の遺族であつて、死亡した受給権者に支給された障害補償年金及び障害補償年金前払一時金の合計額が、条例に定める障害の程度に応じた額に満たないときは、その差額に相当する額の障害補償年金差額一時金を受けることができます。

(5) 未支給の補償

あなたが補償の受給権者の遺族であつて、死亡した受給権者に支給されるべき補償でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

[注意事項]

- 1 あなたは、上記の事由に該当したときは、それぞれの事由に応ずる補償が受けられますので、速やかに請求書を提出してください。ただし、条例の規定により制限を受ける場合もありますので、被災非常勤の職員等の属する組合市町村とよく連絡をとって、その指示を受けてください。
- 2 補償を受ける権利は、2年間（傷病補償年金、障害補償及び遺族補償については、5年間）行わないときは、時効によって消滅します。
- 3 組合の行う補償の実施について不服がある場合には、条例施行規則に定める手続に従って、公務災害補償等審査会に対して審査を申し立てることができます。
- 4 その他詳細については、被災非常勤の職員等の属する組合市町村に問い合わせてください。

様式第 40 号の 2 (第 39 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
通 勤 災 害 補 償 通 知 書

年 月 日

.....様

岡山県市町村総合事務組合

管理者.....

あなたは、岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例の規定により、下記の災害に対する補償を受けることができますので、通知します。

記

1 被災非常勤の  
職員等の氏名.....

2 傷 病 名.....

3 災害発生年月日.....

4 認 定 番 号.....年度第.....号

補 償 の 内 容

1 あなたが被災非常勤の職員等である場合

(1) 療養補償  
通勤による負傷又は疾病については、右の範囲で療養上相当と認められるものを療養補償として受けることができます。

- ア 診察
- イ 薬剤又は治療材料の支給
- ウ 処置、手術その他の治療
- エ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- オ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- カ 移送

(2) 休業補償

通勤による負傷又は疾病の療養のため勤務することができない場合で給与を受けないときは、その期間、補償基礎額の $\frac{60}{100}$ に相当する金額の休業補償を受けることができます。

(3) 傷病補償年金

通勤による負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6か月を経過した日以後において、条例に定められている程度に障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受けることができます。

なお、傷病補償年金を受ける場合には休業補償を受けることができません。

(4) 障害補償

通勤による負傷又は疾病が治ったとき、条例に定められている程度の障害が残ったときは、その程度に応じて年金又は一時金の障害補償を受けることができます。

(5) 障害補償年金前払一時金

年金の障害補償を受けることができる場合は、申出により、障害の程度に応じた額の範囲で選択した障害補償年金前払一時金を受けることができます。なお、年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(6) 介護補償

傷病補償年金又は年金の障害補償を受けることができる場合で、条例で定める程度の障害により常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、実際に介護を受けているときは、その期間（病院等に入院している期間を除く。）、介護補償を受けることができます。

2 あなたが被災非常勤の職員等以外の者である場合

(1) 遺族補償

あなたが通勤により死亡した非常勤の職員等の遺族であって、非常勤の職員等の死亡の当時、その収入によって生計を維持しており、次の①から⑦までに該当する場合は年金の、その他の場合は一時金の遺族補償を受けることができます。

- ① 妻及び60歳以上の夫
- ② 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子
- ③ 60歳以上の父母
- ④ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある孫
- ⑤ 60歳以上の祖父母
- ⑥ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか又は60歳以上の兄弟姉妹
- ⑦ 55歳以上60歳未満の夫、父母、祖父母、兄弟姉妹

ただし、非常勤の職員等の死亡の当時、条例で定める障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、年齢に関係なく年金を受けることができます。

遺族補償年金を受ける順位は、上記①から⑦までの番号のとおりであり、⑦に掲げる者にあつては、夫、父母、祖父母、兄弟姉妹の順序となります。遺族補償年金は上記の順序による最先順位者（遺族補償年金を受ける権利を有する者）に対して支給されます。ただし、⑦に掲げる者は、60歳に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

(2) 遺族補償年金前払一時金

あなたが、(1)により遺族補償年金を受ける権利を有する場合には、申出により、一定の額の範囲で選択した遺族補償年金前払一時金を受けることができます。なお、遺族補償年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(3) 葬祭補償

あなたが通勤により死亡した非常勤の職員等の葬祭を行う者である場合は、通常葬祭に要する費用を考慮して条例で定める金額の葬祭補償を受けることができます。

(4) 障害補償年金差額一時金

あなたが障害補償年金の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給された障害補償年金及び障害補償年金前払一時金の合計額が条例に定める障害の程度に応じた額に満たないときは、その差額に相当する額の障害補償年金差額一時金を受けることができます。

(5) 未支給の補償

あなたが補償の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給されるべき補償でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

〔注意事項〕

- 1 あなたは、上記の事由に該当したときは、それぞれの事由に応ずる補償が受けられますので、速やかに請求書を提出してください。ただし、条例の規定により制限を受ける場合もありますので、被災非常勤の職員等の所属機関とよく連絡をとって、その指示を受けてください。
- 2 補償を受ける権利は、これを行使することができる時から2年間（傷病補償年金、障害補償及び遺族補償については、5年間）行使しないときは時効によって消滅します。
- 3 組合の行う補償の実施について不服がある場合には、条例施行規則に定める手続きに従って、公務災害補償等審査会に対して審査を申し立てることができます。
- 4 その他詳細については、被災非常勤の職員等の所属機関に問い合わせてください。

様式第 41 号 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
療養の給付請求書

		※認定番号	
岡山県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日 年 月 日	
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。		請求者の住所..... ふりがな氏名.....	
1 被等に 被災に 関する 非常勤 の事項 職員	(組合市町村名)	(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。

様式第 41 号の 2 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
療 養 補 償 請 求 書

		請求回数	第 回 ( 年 月分)
岡山県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日 年 月 日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所..... ふりがな氏.....	
1 補受 償領 費委 任用 の	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		
	上記の委任に基づき、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..... 医療機関等の名称..... 氏名 (代表者名).....		
2 被災 す職 る員 事に 項	(組合市町村名)	(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「※10 診療費請求明細」欄記載のとおり		円
4 調 剤 費	内訳は「※11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		円
5 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「※12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
	年 月 日から 年間	日間 (看護師の資格) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 年 月 日から 年 月 日まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回		円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費		
7 上記以外の療養費			円
8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)			円

9 送 金 希 望 の 場 合	振込先	銀行 組合 農協 金庫 支店
	預種科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

*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。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、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局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 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 4 「7 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 「※10 診療費請求明細」、「※11 調剤費請求明細」又は「※12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 6 「診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細 (例えば診断書料、入院室料差額等) を記入すること。

※10 診療費請求明細				(非常勤の職員等氏名)						
傷病名	ア	診療開始日	ア	年	月	日	診療期間	年	月	日から
	イ		イ	年	月	日		年	月	日まで
	ウ		ウ	年	月	日		診療実日数	日	
初診	時間外・休日・深夜	回	点	傷病の経過						
再診	再診	×	回							
	外来管理加算	×	回							
	時間外	×	回							
診	休日	×	回							
	深夜	×	回							
指導	年 月 日									
在宅	往診	回	転帰							
	深夜・緊急	回								
	在宅患者訪問診察	回								
投薬	内服	薬剤調剤	×	単位	治ゆ	継続	転医	中止	死亡	
	屯服		×	単位						
	外用		×	単位						
	処方		×	単位						
注射	皮下筋肉内	回	摘要							
	静脈内	回								
処置	その他	回								
	薬剤	回								
手術・麻酔	薬剤	回								
検査	薬剤	回								
画像診断	薬剤	回								
その他										
入院	入院年月日	年 月 日								
	病・診・衣	入院基本料・加算	×	日間	食事					
		×	日間							
		×	日間							
		×	日間							
×	日間									
特定入院料・その他	円×		日間	円×		日間				
診療報酬点数表により計算できるもの				合計点数	1点単価	円				
診療報酬点数により計算できないもの				診断書料・入院室料差額等				円		
診療費請求合計額								円		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(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。)										
年 月 日			診療機関の			所在地 名称 医師の氏名				



※12 訪問看護事業者の証明		(非常勤の職員等氏名)												
傷病名		(訪問看護期間)												
傷病の経過		年 月 日から 年 月 日まで												
基本療養費 〔I〕 〔II〕	保健師, 助産師, 看護師, 理学療法士, 作業療法士	訪問看護の回数						回						
	准看護師	円×	回	円	指示期間	年 月 日から			年 月 日まで					
		円×	回	円		(特別指示期間)								
	〔I〕	円×	回	円	年 月 日から				年 月 日まで					
〔II〕	円×	回	円	主治医への直近報告年月日				年 月 日						
加算	円×	回	円	訪問日										
			(時間)	円	1	2	3	4	5	6	7			
管理療養費	管理療養費							8	9	10	11	12	13	14
	円+	円×	日	円	15	16	17	18	19	20	21			
	管理療養費の加算							22	23	24	25	26	27	28
				円	29	30	31							
情報提供療養費	提供した情報の概要													
	円							情報提供先の市区町村名						
ターミナルケア療養費	死亡年月日	年	月	日	(備考)									
合計														
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名														
医療機関の名称														
主治医氏名														
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は, 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する場合は不要です。)														
年 月 日														
訪問看護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名														

様式第 41 号の 3 (第 40 条関係) 「表面」

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
休業補償請求書

請求回数 第 回

岡山県市町村総合事務組合 様		請求年月日 年 月 日	
下記の休業補償を請求します。		請求者の住所..... 氏 <sup>ふりがな</sup> 名.....	
1 被 災 非 常 勤 の 職 員 等 に 関 する 事 項	(組合市町村名)	(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 所 属 組 合 市 町 村 長 の 証 明	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 市町村 組 合 長 ⑩		
4 休 業 補 償	全部休業した日 についての計算	(A) (補償基礎額) (請求日数) 円 × × $\frac{60}{100}$ (全部休業した日に支 払われた給与の総額) 円 = 円	
	一部休業した日 についての計算	(B) (補償基礎額) (請求日数) 円 × (一部休業した日に支 払われた給与の総額) 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)	(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	
	(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 年 月 日までのうち 日	(勤務することができなかったと認 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		

7 送 金 希 望 の 場 合	振込先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

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

### 様式第 41 号の 3 (第 40 条関係)「裏面」

#### 〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。また、該当する口に✓印を記入すること。
- 2 「2 請求日数等」の欄には、岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例第 40 条第 2 項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」の欄は、入院中の場合のように、すで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 この請求書を提出するときに、請求する休業補償と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、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等を記載した書類を添付すること。
  - (1) 国民年金法等の一部を改正する法律（昭和 60 年法律第 34 号。以下「国民年金等改正法」という。）附則第 87 条第 1 項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (2) 国民年金等改正法附則第 78 条第 1 項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (3) 国民年金等改正法附則第 32 条第 1 項に規定する年金たる給付に該当する障害年金
  - (4) 厚生年金保険法の規定による障害厚生年金（以下単に「障害厚生年金」という。）及び国民年金法の規定による障害基礎年金（同法第 30 条の 4 の規定による障害基礎年金を除く。以下単に「障害基礎年金」という。）
  - (5) 障害厚生年金（当該補償の事由となった障害について障害基礎年金が支給される場合を除く。）
  - (6) 障害基礎年金（当該補償の事由となった障害について障害厚生年金が支給される場合を除く。）

様式第 41 号の 4 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員(非常勤)災害補償  
傷病補償年金請求書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日	年	月	日
下記の傷病補償年金を請求します。		請求者の住所..... ふりがな 氏 名.....			
被 関 災 す 職 員 等 事 に 項	1	(組合市町村名)	(職 名)		
		(氏 名)	年 月 日生 ( 歳)		
		(負傷又は発病の年月日) 年 月 日	(傷病等級該当年月日) 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		(年金補償基礎額) (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 添付する書類 その他の資料名					

9 送 金 希 望 の 場 合	振込先	銀行 組合 農協 金庫	支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	
	口座番号		
	フリガナ 口座名義		

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 傷 病 等 級	第 級 号
※ 年金証書の番号	第 号
※ 支給開始年月日	年 月 日
※ 決 定 金 額	円

#### 様式第 41 号の 4 (第 40 条関係)「裏面」

〔注意事項〕

- 1 請求者は、※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 この請求書を提出するときに、請求する傷病補償年金と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、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等を記載した書類を添付すること。
  - (1) 国民年金法等の一部を改正する法律（昭和 60 年法律第 34 号。以下「国民年金等改正法」という。）附則第 87 条第 1 項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (2) 国民年金等改正法附則第 78 条第 1 項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (3) 国民年金等改正法附則第 32 条第 1 項に規定する年金たる給付に該当する障害年金
  - (4) 厚生年金保険法の規定による障害厚生年金（以下単に「障害厚生年金」という。）及び国民年金法の規定による障害基礎年金（同法第 30 条の 4 の規定による障害基礎年金を除く。以下単に「障害基礎年金」という。）
  - (5) 障害厚生年金(当該補償の事由となった障害について障害基礎年金が支給される場合を除く。)
  - (6) 障害基礎年金(当該補償の事由となった障害について障害厚生年金が支給される場合を除く。)

様式第 41 号の 5 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
傷病補償年金変更請求書

岡山県市町村総合事務組合 様  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
	請求者の住所 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	(年金補償基礎額)		(倍数)	
	円 ×		=	円
6 添付する書類その他の資料名				

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 変更後の傷病等級	第 級
※ 年金証書の番号	第 号
※ 支給開始年月日	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 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傷病等級の決定に必要な医師の診断書、その他の書類及び資料を添付すること。
- 3 「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。
- 4 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

様式第 41 号の 6 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
 障害補償 年金 請求書  
 一時金

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日 年 月 日	
下記の障害補償を請求します。		請求者の住所..... ふりがな 氏 名.....	
1 被 災 等 に 関 連 す る 事 項 の 職 員	(組合市町村名)	(職 名)	
	(氏 名)	年 月 日生 ( 歳)	
	(負傷又は発病年月日) 年 月 日	(治ゆ年月日) 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 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		<input type="checkbox"/> .....の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	
7 添付する書類その他の資料名			

8 送 金 希 望 の 場 合	振込先	銀行 組合 農協 金庫 支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 支 払 (一時金の場合)	年 月 日
※ 障 害 等 級	第 級 号
※ 年金証書の番号	第 号
※ 支給開始年月	年 月
※ 決 定 金 額	<input type="checkbox"/> 年 金 <input type="checkbox"/> 一時金 円

## 様式第 41 号の 6（第 40 条関係）「裏面」

### 〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。また、該当する口に✓印を記入すること。
- 2 「2 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 「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。
- 4 「6 厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、障害補償年金を受けようとする者について記入すること。

なお、この請求書を提出するときに、請求する障害補償年金と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、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等を記載した書類を添付すること。

- (1) 国民年金法等の一部を改正する法律（昭和 60 年法律第 34 号。以下「国民年金等改正法」という。）附則第 87 条第 1 項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (2) 国民年金等改正法附則第 78 条第 1 項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (3) 国民年金等改正法附則第 32 条第 1 項に規定する年金たる給付に該当する障害年金
  - (4) 厚生年金保険法の規定による障害厚生年金（以下単に「障害厚生年金」という。）及び国民年金法の規定による障害基礎年金（同法第 30 条の 4 の規定による障害基礎年金を除く。以下単に「障害基礎年金」という。）
  - (5) 障害厚生年金（当該補償の事由となった障害について障害基礎年金が支給される場合を除く。）
  - (6) 障害基礎年金（当該補償の事由となった障害について障害厚生年金が支給される場合を除く。）
- 5 「8 送金希望の場合」の欄は、この請求に係る補償の支給が決定されたとき、その支払い方法について、送金を希望する場合に記入すること。
  - 6 この請求書には、治癒の時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書、X線写真、その他の書類及び資料を添付すること。

様式第 41 号の 7 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
障害補償年金差額一時金請求書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		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.....		
下記の障害補償年金差額一時金を請求します。				
1 死受 亡給 した 権者 に 障 害 補 償 す る 年 金 事 項	(組合市町村名)	(職 名)		
	(氏 名) 年 月 日生 ( 歳)	(死亡年月日) 年 月 日		
	(死亡時の障害等級)	第 級		
	(既存障害とその程度)			
	(年金証書の番号)	第 号		
2 障時 害金 補の 償請 年求 金額 差の 額計 一算	受給権者の氏名	死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係	備 考	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
(補償基礎額) (乗すべき数) (支給された年金及び前払一時金の額の総計)				
$\left\{ ( \quad \text{円} \times \quad ) - \right\} \times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} =$				円
3 障害補償年金差額一時金の請求額		円		

4 送金希望の場合	振込先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

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

## 様式第 41 号の 7 (第 40 条関係)「裏面」

### [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、その該当する障害等級を明記すること。
- 3 「2 障害補償年金差額一時金請求額の計算」の「備考」の欄には、その者が請求者であるときは(請)、その者が死亡した障害補償年金の受給権者と生計を同じくしていた者であるときは(生)と、併せて明記すること。
- 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、すでに提出されている書類又はその写しについては、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し
  - (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

様式第 41 号の 8 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員(非常勤)災害補償  
障害補償年金前払一時金請求書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日 年 月 日	
下記の障害補償年金前払一時金を請求します。		請求者の住所..... ふりがな氏名.....	
1 障害等級	第 級		
2 既存障害とその程度			
3 障害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		
4 年金証書の番号	第 号		
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	年 月分から 年 月分まで		円
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	<input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額 ..... <input type="checkbox"/> 1,200 倍 <input type="checkbox"/> 1,000 倍 <input type="checkbox"/> 800 倍 に相当する <input type="checkbox"/> 600 倍 額 <input type="checkbox"/> 400 倍 <input type="checkbox"/> 200 倍 補償基礎額の		(補償基礎額) (倍数) 円 × = 円
	7 障害補償年金前払一時金の請求額		円

8 送金希望の場合	振込先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	.....

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※支払	年 月 日
※決定金額	円

## 様式第 41 号の 8 (第 40 条関係)「裏面」

### [注意事項]

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。また、該当又は選択する□に✓印を記入すること。
- 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。

様式第 41 号の 9 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
障 害 補 償 変 更 請 求 書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様 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..... 請求者の住所..... 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
6	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		<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更
※変更後の 障害等級	第.....級	※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 「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。

様式第 41 号の 10 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員(非常勤)災害補償  
介 護 補 償 請 求 書

		請求回数	第 回		
岡山県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日 年 月 日			
下記の介護補償を請求します。		請求者の住所..... ふりがな 氏 名.....			
被等に 関する 非常勤 の職員	1 (組合市町村名)	(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				
請求金額等	5	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 (請求月額の合計)		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 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		

8 送 金 希 望 の 場 合	振込先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

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

## 様式第 41 号の 10（第 40 条関係）「裏面」

### 〔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」，「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こと。
- 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こと。
- 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ものであること。）
  - (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 56,930 円（随時介護を要する状態にあるときは 28,470 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ものであること。）
  - (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 56,930 円（随時介護を要する状態にあるときは 28,470 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ものであること。）

様式第 41 号の 11 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
遺族補償年金請求書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様 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..... 死亡非常勤の 職員等との続柄.....				
1 死亡非常勤の職員等に関する事項	(組合市町村名)	(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) 年 月 日				
2 請求の事由	<input type="checkbox"/> 非常勤の職員等の死亡 <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	死亡非常勤の職員等との続柄	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	死亡非常勤の職員等との続柄	備 考
5 遺族補償年金請求年額の計算	(年金補償基礎額) (乗すべき数) 円 × _____ × $\frac{1}{_____}$ = _____ 円 (受給権者の数)					
6 遺族補償年金請求金額	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	振込先	銀行 組合 農協 金庫 支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	.....

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 年金証書の番号	第 _____ 号
※ 支給開始年月	年 月
※ 決 定 金 額	<input type="checkbox"/> 受給権者 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(請)、その者が代表者であるときは(代)、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(障)、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは(生)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」の欄の記入が非常勤の職員等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」の欄には死亡非常勤の職員等又は請求者が厚生年金保険法若しくは国民年金法又は旧船員保険法(国民年金法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第34号。以下「国民年金等改正法」という。))第5条の規定による改正前の船員保険法をいう。)、旧厚生年金保険法(国民年金等改正法第3条の規定による改正前の厚生年金保険法をいう。))若しくは旧国民年金法(国民年金等改正法第1条の規定による改正前の国民年金法をいう。))の適用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、すでに当該遺族補償年金と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、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次に掲げる年金の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。

- (1) 国民年金等改正法附則第87条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する遺族年金
  - (2) 国民年金等改正法附則第78条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する遺族年金
  - (3) 国民年金等改正法附則第32条第1項に規定する年金たる給付に該当する母子年金、準母子年金、遺児年金又は寡婦年金
  - (4) 厚生年金保険法の規定による遺族厚生年金(以下単に「遺族厚生年金」という。))及び国民年金法の遺族基礎年金(国民年金等改正法附則第28条第1項の規定により支給される遺族基礎年金を除く。以下単に「遺族基礎年金」という。))
  - (5) 遺族厚生年金(当該補償の事由となった死亡について遺族基礎年金が支給される場合を除く。)
  - (6) 遺族基礎年金(当該補償の事由となった死亡について遺族厚生年金が支給される場合を除く。))又は国民年金法の規定による寡婦年金
- 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、当該非常勤の職員等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(7)に掲げる書類は添付する必要はないこと。
    - (1) 非常勤の職員等の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他非常勤の職員等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、本籍及び死亡非常勤の職員等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非常勤の職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、非常勤の職員等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、その者が非常勤の職員等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、その者が非常勤の職員等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

6 「8 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送金を希望する場合に記入すること。

様式第 41 号の 12 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
遺族補償年金前払一時金請求書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日 年 月 日	
下記の遺族補償年金前払一時金を請求します。		請求者 (代表者) の住所 ふりがな 氏 名 死亡非常勤の職員等との続柄	
1 遺族補償年金前払一時金請求金額の計算	(補償基礎額) × (倍数)	1 円 × × = 円 (受給権者の数)	
2 遺族補償年金前払一時金請求額	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	(1 の計算額) × (受給権者の数) 円 × = 円	
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	年 月分から 年 月分まで		円
4 補償基礎額の 1000 倍に相当する額から 3 の額を差し引いた額	円		
5 条例第 31 条第 2 項による通知を受けた年月日	年 月 日		

送金希望の場合	6 振込先	銀行 組合 農協 金庫 支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定 金 額	円
※ 通 知	年 月 日
※ 支 払	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 遺族補償年金前払一時金請求金額の計算」の欄中「倍数」の欄には、請求者 (代表者) が選択する遺族補償年金前払一時金の額の算定の基礎となる倍数を記入すること。
- 3 遺族補償年金の最初の支払に先立って、遺族補償年金前払一時金の支給の申出をする者は、「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」及び「4 補償基礎額の 1000 倍に相当する額から 3 の額を差し引いた額」の欄には記入しないこと。
- 4 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すること。

様式第 41 号の 13 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
遺族補償一時金請求書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様 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..... 死亡非常勤の職員等との続柄又は関係 .....				
1 等に関する事項 死亡非常勤の職員	(組合市町村名)			(職 名)		
	(氏 名)			年 月 日生 ( 歳)		
	(負傷又は発病の年月日)			(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	死亡非常勤の職員等との続柄又は関係	(補償基礎額) (支給率) (支給された年金額の総計)		
				( 円×400× $\frac{1}{100}$ - 円)		
				× $\frac{1}{}$ = 円		
				(受給権者の数)		
	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	添付する書類その他の資料名					

5 送金希望の場合	振込先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※支払	年 月 日
※決定金額	円

## 様式第 41 号の 13 (第 40 条関係)「裏面」

### [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非常勤の職員等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、条例第 52 条第 4 項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、当該非常勤の職員等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) 非常勤の職員等の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他非常勤の職員等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、本籍及び死亡非常勤の職員等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、非常勤の職員等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) 非常勤の職員等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) 請求者が死亡非常勤の職員等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であるときは、非常勤の職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事実を認めることのできる書類
  - (6) 請求者が配偶者、死亡非常勤の職員等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、主として死亡非常勤の職員等の収入によって生計を維持していた者であるときは、非常勤の職員等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、死亡非常勤の職員等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
  - (9) その他必要な書類
- 5 「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送金を希望する場合に記入すること。

様式第 41 号の 14 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
葬 祭 補 償 請 求 書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様  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..... ふりがな 氏 名..... 死亡非常勤の職員等 との続柄又は関係.....					
1 死亡等 に 関 連 す る 職 員 事 項	(組合市町村名)	(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)	年	月
2 葬 金 祭 額 補 償 計 算	(A)	(補償基礎額)					
		円 +	円 × 30 =		円		
	(B)	(補償基礎額)					
		円 × 60 =		円			
(C)	(A), (B)のうち高い金額				<input type="checkbox"/> (A)	<input type="checkbox"/> (B)	
3	葬祭補償請求金額				円		

4 送 金 希 望 の 場 合	振 込 先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※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。また、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送金を希望する場合に記入すること。

様式第 41 号の 15 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
未支給の補償請求書

岡山県市町村総合事務組合管理者様 下記の未支給の補償の支給を請求します。		請求年月日	年	月	日
		請求者の住所..... ふりがな 氏名..... 死亡した受給 権者との続柄.....			
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〕 第 号 〔は年金証書の番号〕			
3 未支給の補償請求金額		円			
4 添付する書類その他の資料名					

5 送金希望の場合	振込先	銀行 組合 農協 金庫	支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	
	口座番号		
	フリガナ 口座名義		

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 支 払	年 月 日
※ 決 定 金 額	円

## 様式第 41 号の 15 (第 40 条関係)「裏面」

### 〔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 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、遺族補償又は葬祭補償を請求する場合には、当該遺族補償又は葬祭補償を請求するために提出すべき書類と同じ書類については、添付する必要はないこと。
  - (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
    - ア 請求者の氏名、本籍及び死亡受給権者との続柄に関する、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。)
    - イ 請求者が受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
    - ウ 請求者が、婚姻の届出をしていないが、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
  - (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

様式第 41 号の 16 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
〔外科後処置〕申請書  
〔アフターケア〕

		申請回数 回	
岡山県市町村総合事務組合管理者 様		申請年月日 年 月 日	
下記の〔外科後処置〕 〔アフターケア〕を受けたいので申請します。		申請者の住所 ふりがな 氏 名 年 月 日生 ( 歳)	
被 等 災 に 関 連 す る 事 項 の 職 員	1 (組合市町村名)	(職 名)	
	(負傷又は発病の年月日) 年 月 日	(治ゆ年月日) 年 月 日	
	(傷病名及び障害の部位)	(障害等級) 第 級	
2 外科後処置等を必要とする理由 別添「診断書」のとおり			
費 領 用 委 の 任 受	3 この申請書による外科後処置等の費用の受領を.....に委任します。 委任者の氏名.....		
	上記委任に基づき、この申請書による外科後処置等の費用の支払を請求します。 受任者の { 住 所..... 医療機関等の名称..... 氏名 (代表者).....		
4 診 療 費	内訳は「※13 医師の証明」欄記載のとおり		円
5 調 剤 費	内訳は「※14 薬剤師の証明」欄記載のとおり		円
6 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護	内訳は「※15 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円
	年 月 日から 年間	日間 [看護師の資格] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
7 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費	<input type="checkbox"/> 片道 回	円
	から まで キロメートル	<input type="checkbox"/> 往復	
<input type="checkbox"/> その他の移送費			円
8 上記以外の診療費			円
9 日 当 (外科後処置に限る)	年 月 日から 年間	日間	円
10 申 請 金 額			円
11 外科後処置等を受 けようとする医療 機関	所在地 名 称		

送 金 希 望 の 場 合	12 振 込 先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

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

※13 医師の証明		(非常勤の職員等氏名)	
診療時の症状			
診療期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療実日数 日	
診療費の内訳			金額(円)
初診			
再診			
在宅			
投薬	内服 頓服 外用 調剤 処方 麻毒 調基		
注射	皮下 筋肉 内 静脈 内の その他		
処置			
手術・麻酔			
検査			
画像診断			
その他			
入院	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	病・診・衣	入院基本料・加算	
	特定入院料・その他		
	食事	基準	
診療費の合計			円
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
年 月 日			
診療機関の { 所在地 名称 医師の証明			

※14 薬剤師の証明				(非常勤の職員等氏名)				
処方せんを交付した診療機関の		名 称						
		所在地						
担当医氏名		1. _____ 2. _____		3. _____ 4. _____				
調剤期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間		調剤実日数 日		
医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・ 剤型・用法	単 位 薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料
	・	・		点		点	点	点
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
処方せん受付回数		回	摘 要					
調剤基本料 (点)		時間外加算等 (点)		指導料 (点)		合計点数 点		
		-----		-----		合計金額 円		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。								
年 月 日								
薬局の { 所在地 名 称 薬剤師の氏名								

※15 訪問看護事業者の証明				(非常勤の職員等氏名)													
傷病名				(訪問看護期間) 年 月 日から 年 月 日まで													
傷病の経過																	
基本療養費	保健師，助産師，看護師，理学療法士，作業療法士			訪問看護の回数				回									
	(I)	円×	回	円	指示期間	指示期間 年 月 日から 年 月 日まで											
		円×	回	円		(特別指示期間) 年 月 日から 年 月 日まで											
	(II)	円×	回	円	主治医への直近報告年月日 年 月 日												
		加算	円×	回 (時間)	円	訪問日											
管理療養費	管理療養費			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	円+	円×	日	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	管理療養費の加算			29	30	31											
				提供した情報の概要													
				情報提供先の市区町村名													
ターミナルケア療養費				円				(備考)				死亡年月日 年 月 日					
合計				円													
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名																	
医療機関の名称																	
主治医氏名																	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。																	
年 月 日																	
訪問看護事業者の												所在地					
												名称					
												代表者氏名					

[注意事項]

- 1 申請者は、※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 新たに外科後処置等の福祉事業を受けようとする場合は、当該福祉事業の実施を認める旨の医師等の証明書を添付すること。
- 3 「3 費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護のみを行った訪問看護事業者に費用の受領を委任しようとする場合のみ記入すること。
- 4 「6 看護料」及び「7 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 5 「8 上記以外の診療費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「4 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。
- 6 「※13 医師の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師等の証明書を添付してもよいこと。
- 7 「※14 薬剤師の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した薬剤師の証明書を添付してもよいこと。
- 8 「※15 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。

様式第 41 号の 17 (第 40 号関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
補 装 具 申 請 書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		申請年月日 年 月 日	
下記の補装具の <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 再支給 を受けたいの で申請します。		申請者の住所..... ふりがな 氏 名..... .....年 月 日生 ( 歳)	
被 等 に 関 す る 事 項 員	1 (組合市町村名)	(職 名)	
	(負傷又は発病の年月日) 年 月 日	(治ゆ年月日) 年 月 日	
	(傷病名及び障害の部位)	傷病等級又は 障害等級	第 級 決定日 年 月 日 (年金証書の番号 第 号)
2 補 と 装 す る 理 由 等	理 由		
	種 別		
	個 数	個	個
	単 価	円	円
金 額	円	円	
3 装着又は修理年月日	年 月 日		
4 補装具の費用の支給申請額	円		
5 希望する製作修理業者	所在地 名 称		
6 採型指導	義肢採型指導料	円	採型指導年月日 年 月 日
	採型指導を受け たい医療機関	所在地 名 称	
7 旅行費の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

8 送 金 希 望 の 場 合	振 込 先	銀行 組合 農協 金庫 支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

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

[注意事項]

- 申請者は、※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 補装具を必要とする理由等」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師等の証明書を添付してもよいこと。
- 補装具に要する金額を予定できる場合は、その予定金額を記入すること。

様式第 41 号の 18 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
リハビリテーション申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		申請年月日 年 月 日						
下記のリハビリテーションを受けたいので申請 します。		申請者の住所 ..... ふりがな 氏 名 ..... .....年 月 日生 ( 歳 )						
被 災 に 関 連 す る 職 員	1 (組合市町村名)	(職 名)						
	(負傷又は発病の年月日) 年 月 日	(治ゆ年月日) 年 月 日						
	(傷病名及び障害の部位)	(障害等級) 第 級						
2 リハビリテーションを必要とする理由 別添「医師等の証明書」のとおり								
3 内 容	種 類	期 間	金 額 (円)					計
			訓練指導料	宿 泊 料	食 事 料	サービス料	そ の 他	
		年 月 日から 年 月 日まで						
		年 月 日から 年 月 日まで						
	年 月 日から 年 月 日まで							
4 申請金額		円						
5 希望する施設名		所在地 名 称						
6 旅行費の申請		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						

7 送 金 希 望 の 場 合	振 込 先	銀行 組合 農協 金庫 支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※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 申請者は、※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 新たにリハビリテーションを受けようとする場合は、その実施を必要と認める旨の医師等の証明書を添付すること。
- 3 リハビリテーションに要する金額を予定できる場合は、その予定金額を記入すること。

様式第 41 号の 19 (第 40 条関係)「表面」  
 地方公務員 (非常勤) 災害補償  
 休業援護金申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		申請年月日	年 月 日
下記の休業援護金の支給を申請します。		申請者の住所 ふりがな 氏 名	
1 被 災 非 常 勤 の 職 員	(組合市町村名)	(職 名)	
	(氏 名)	年 月 日生 ( 歳)	
	(負傷又は発病年月日)	年 月 日	
2 申 請 日 数 等	年 月 日から 年 月 日まで のうちの 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 村 属 組 合 市 町 長 の 証 明	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 所属組合市町村の { 所在地 名 称 長の職氏名		
4 休 業 援 護 金	全部休業した日 についての計算	(補償基礎額) (申請日数) (全部休業した日に支 払われた給与の総額) (休業補 償の額)	
	一部休業した日 についての計算	(補償基礎額) (申請日数) (一部休業した日に支 払われた給与の総額)	
	休業援護金 申請金額	(A)+(B)	円
※ 5 医 師 の 証 明	(傷病名)	(現在の状態) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 継続中	
	(申請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 年 月 日まで のうちの 日	(勤務することができなかったと認 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		

様式第 41 号の 19 (第 40 条関係)「裏面」

6 送金希望の場合	振込先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※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 申請者は、※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 医師の証明」の欄は、同一期間について既に休業補償請求書を提出したときは、この申請書に重ねて医師の証明を要しないこと。

様式第 41 号の 20 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
在宅介護を行う介護人の派遣申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		申請年月日 年 月 日
下記の在宅介護を行う介護人の派遣を受けたいので申請します。		ふりがな 申請者の住所..... 氏 名..... .....年 月 日生 ( 歳)
被等 災に 関 非 常 勤 の 事 項 の 職 員	1 (組合市町村名)	(職 名)
	(傷病名)	(負傷又は発病の年月日) 年 月 日
	(申請者の受けている年金の種類) <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (第 級) <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (第 級)	(年金証書の番号) 第 号
	(居宅において介護を開始した年月日)	年 月 日
2	派遣開始希望年月日又は最初に供与を受けた年月日	年 月 日
3 費用の 支給申 請	供与を受けた日時 年 月 日 時 分～ 時 分 ( <input type="checkbox"/> 3 時間, <input type="checkbox"/> 6 時間, <input type="checkbox"/> 9 時間) 年 月 日 時 分～ 時 分 ( <input type="checkbox"/> 3 時間, <input type="checkbox"/> 6 時間, <input type="checkbox"/> 9 時間) 年 月 日 時 分～ 時 分 ( <input type="checkbox"/> 3 時間, <input type="checkbox"/> 6 時間, <input type="checkbox"/> 9 時間)	
	費用総額 (A) 円	
	うち自己負担額 (賃金相当額の 10 分の 3 に相当する額) (B) 円	
	申請金額 (A - B) 円	

4 送金希 望の 場 合	振込先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

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

[注意事項]

- 申請者は、※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。
- 「3 費用の支給申請」の欄は、介護人の派遣に必要な費用の支給を受けようとする場合にのみ記入すること。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こと。
- 介護人の派遣に必要な費用の支給を申請する場合には、申請金額に係る領収書及び明細書を添付すること。

様式第 41 号の 21 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員(非常勤)災害補償  
奨学援護金申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様 下記の奨学援護金の支給を申請します。		申請年月日 年 月 日			
		申請者の住所..... ふりがな 氏 名.....			
1 申請者に関する事項	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金〔傷病等級〕 〔第 級〕	年金証書の番号 第 号		年金支給開始年月 年 月	
	<input type="checkbox"/> 障害補償年金〔障害等級〕 〔第 級〕	年金証書の番号 第 号		年金支給開始年月 年 月	
	<input type="checkbox"/> 遺族補償年金	年金証書の番号 第 号		年金支給開始年月 年 月	
2 在学者等に関する事項	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
	住 所				
	申請者との続柄				
	学校等の名称				
	学 年	第 学年	第 学年	第 学年	第 学年
	学校等の所在地				
備 考					
※3 承認・不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
※4 支給開始年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
※5 支給月額	円	円	円	円	円

6 送金希望の場合	振込先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※支払	年 月 日
※決定金額	円

## 様式第 41 号の 21（第 40 条関係）「裏面」

### 〔注意事項〕

- 1 申請者は、※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 この申請書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この申請書の提出前に既に組合に提出されたものと重複するものについては、添付する必要はないこと。
  - (1) 在学者等（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程並びに特別支援学校の小学部及び中学部の在学者を除く。）の在学又は在籍を証明する書類
  - (2) 専修学校の在学者にあつては、修業年限を証明することができる書類、公共職業能力開発施設又は職業能力開発総合大学の在学者にあつては、訓練課程の種類及び訓練期間を証明することができる書類、公共職業能力開発施設に準ずる施設において教育訓練等を受ける者にあつては、当該教育訓練等の内容を証明することができる書類（ただし、これらの書類が(1)に掲げる書類と兼ねることができる場合は、この限りでない。）
  - (3) 申請者と在学者等とが生計を同じくしていることを認めることのできる書類
  - (4) 在学者等が非常勤の職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認めることのできる書類
- 3 「年金証書の番号」の項は、この申請書を年金たる補償の請求書と同時に提出する場合は記入する必要はないこと。
- 4 新たに在学者等となった者がある場合は、この申請書により申請すること。この場合、「備考」の項に、その理由等を記入すること。

様式第 41 号の 22 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員(非常勤)災害補償  
就労保育援護金申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様 下記の就労保育援護金の支給を申請します。		申請年月日 年 月 日		
		申請者の住所..... ふりがな 氏 名.....		
1 申請者に関する事項	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金〔傷病等級 第 級〕	年金証書の番号 第 号	年金支給開始年月 年 月	
	<input type="checkbox"/> 障害補償年金〔障害等級 第 級〕	年金証書の番号 第 号	年金支給開始年月 年 月	
	<input type="checkbox"/> 遺族補償年金	年金証書の番号 第 号	年金支給開始年月 年 月	
2 就労に関する事項	氏 名			
	生 年 月 日		年 月 日生	
	住 所			
	申請者との続柄又は関係			
	就労している会社等の名称・所在地			
3 保育児に関する事項	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)	年 月 日生( 歳)
	住 所			
	申請者との続柄			
	保育所等の名称			
	保育所等の所在地			
	備 考			
4	就労のため未就学の子等を保育所等に預けなければならない事情			
※5	承認・不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
※6	支給開始年月	年 月	年 月	年 月

7 送金希望の場合	振込先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※支払	年 月 日
※決定金額	円

## 様式第 41 号の 22 (第 40 条関係)「裏面」

### 〔注意事項〕

- 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。また、該当する口に✓印を記入すること。
- 2 この申請書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この申請書の提出前に既に組合に提出されたものと重複するものについては、添付する必要はないこと。
  - (1) 就労していることを証明する書類
  - (2) 未就学の子を保育所等に預け、又は未就学の子が保育所等に預けられていることを証明する書類
  - (3) 条例第 67 条第 1 項各号に掲げる場合に依り、次に掲げる者が生計を同じくしていることを認めることのできる書類
    - ア 遺族補償年金の受給権者である未就学の児童と就労している者 (条例第 67 条第 1 項第 1 号)
    - イ 遺族補償年金の受給権者と未就学の子 (同項第 2 号)
    - ウ 障害補償年金の受給権者と未就学の子 (同項第 3 号)
    - エ 傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者と未就学の子及び就労している者 (同項第 4 号)
- 3 「年金証書の番号」の項は、この申請書を年金たる補償の請求書と同時に提出する場合は、記入する必要はないこと。
- 4 新たに保育児となった者がある場合は、この申請書により申請すること。この場合、「備考」の項に、その理由等を記入すること。

様式第 41 号の 23 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
傷病特別支給金  
傷病特別給付金 申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		申請年月日 年 月 日
下記の <input type="checkbox"/> 傷病特別支給金 <input type="checkbox"/> 傷病特別給付金 の支給を申請 します。		申請者の住所..... ふりがな 氏 名.....
1 被災等 非常勤 の職 員	(組合市町村名)	(職 名)
	(氏 名)	年 月 日生 ( 歳)
2	傷 病 等 級	第 級
3	傷病特別支給金申請金額	円
4	傷病特別給付金 申請金額の計算	(年金補償基礎額) (A) 円 × $\frac{20}{100}$ = 円
		(B) 1,500,000 円 × $\frac{1}{365}$ = 円
5	傷病特別給付金申請金額	円

6 送金希望 の場合	振 込 先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

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

[注意事項]

- 申請者は、※印の欄には記入しないこと。また、該当する口に✓印を記入すること。
- 「5 傷病特別給付金申請金額」の欄には「4 傷病特別給付金申請金額の計算」の欄の (A) の金額 ((A) の金額が (B) の金額を超える場合には、(B) の金額) を記入すること。

様式第 41 号の 24 (第 40 条関係)

地方公務員(非常勤)災害補償  
 障害特別支給金  
 障害特別援護金申請書  
 障害特別給付金

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		申請年月日 年 月 日	
下記の <input type="checkbox"/> 障害特別支給金 <input type="checkbox"/> 障害特別援護金 <input type="checkbox"/> 障害特別給付金 の支給を申請します。		申請者の住所..... ふりがな 氏 名.....	
1 被 災 に 関 連 す る 事 項 の 職 員	(組合市町村名)	(職 名)	
	(氏 名)	年 月 日生 ( 歳)	
	(負傷又は発病の年月日) 年 月 日	(治ゆ年月日) 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 障害特別支給金 申請金額等 障害特別援護金		障害特別支給金 円	傷病特別支給金 <input type="checkbox"/> 有 の受給の有無 <input type="checkbox"/> 無
6 障害特別給付金申請金額の計算		(年金補償基礎額) (倍数) (A) 円 × $\frac{20}{100}$ = 円	
		(倍数) (B) 1,500,000 円 × $\frac{\quad}{365}$ = 円	
7 障害特別給付金申請金額		円	

8 送 金 希 望 の 場 合	振込先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※受	理	年 月 日
※決	定	年 月 日
※支	払	年 月 日
※特別支給金決定金額		円
※特別援護金決定金額		円
※特別給付金決定金額		円

[注意事項]

- 申請者は、※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。
- 「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。
- 「5 障害特別支給金 申請金額等」の欄の「傷病特別支給金の受給の有無」は、同一の傷病に係る傷病特別支給金についての受給の有無を記入すること。
- 「7 障害特別給付金申請金額」の欄には、「6 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の(A)の金額((A)の金額が(B)の金額を超える場合には、(B)の金額)を記入すること。

様式第 41 号の 25 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
 遺族特別支給金  
 遺族特別援護金申請書  
 遺族特別給付金

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		申請年月日 年 月 日				
下記の <input type="checkbox"/> 遺族特別支給金 <input type="checkbox"/> 遺族特別援護金 <input type="checkbox"/> 遺族特別給付金 の支給を申請 します。		申請者の住所 ふりがな 氏 名 死亡非常勤の 職員等との続柄				
1 死亡非常勤の職員等に関する事項	(組合市町村名)		(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) 年 月 日			
2 申請の理由	<input type="checkbox"/> 非常勤の職員等の死亡 <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 申請者及び遺族補償年金を受けることができる遺族	氏 名	生年月日	年齢	住 所	死亡非常勤の職員等との続柄	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	死亡非常勤の職員等との続柄	備考
5 遺族特別支給金 遺族特別援護金 申請金額の計算	遺族特別支給金 $\text{円} \times \frac{1}{\text{ }} = \text{円}$ (受給権者の数)		遺族特別援護金 $\text{円} \times \frac{1}{\text{ }} = \text{円}$ (受給権者の数)			
6 遺族特別給付金申請金額の計算	(年金補償基礎額) (乗ずべき数) (A) $\text{円} \times \frac{20}{100} \times \frac{1}{\text{ }} = \text{円}$ (受給権者の数)					
	(乗ずべき数) (B) $1,500,000 \text{円} \times \frac{1}{365} = \text{円}$ (受給権者の数)					
7 遺族特別支給金 遺族特別援護金申請金額 遺族特別給付金	<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		遺族特別支給金	円	遺族特別援護金	円
			遺族特別給付金	円		

様式第 41 号の 25 (第 40 条関係)「裏面」

8 送金希望の場合	振込先	銀行 組合 農協 支店 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※ 受 理	年	月	日
※ 特別支給金 決定金額	<input type="checkbox"/> 受給権者が 1 人の場合又は		円
※ 特別援護金 決定金額	代表者を選任 しない場合		円
※ 特別給付金 決定金額	<input type="checkbox"/> 代表者を選任 した場合		円
※ 通 知	年	月	日
※ 支 払	年	月	日

[注意事項]

- 1 申請者は、※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 申請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、その者が申請者であるときは(甲)、その者が代表者であるときは(代)、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(障)、また、その者が申請者と生計を同じくしているときは(生)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 申請の事由」の欄の記入が「非常勤の職員等の死亡」以外の場合に記入すること。
- 4 「 遺族特別支給  
7 遺族特別援護金申請金額 の欄の遺族特別支給金の額の項、遺族特別援護金の額の項及び  
遺族特別給付  
」  
遺族特別給付金の額の項には、代表者を選任した場合には、  
5 遺族特別支給金 申請金額の計算  
遺族特別援護金  
」  
の欄及び「6 遺族特別給付金申請金額の計算」の欄に記入したそれぞれの額（遺族特別給付金の額については、(A)の額又は(A)の額が(B)の額を超える場合は(B)の額）に受給権者の数を乗じて得た額を記入すること。

様式第 41 号の 26 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
障害差額特別給付金申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		申請年月日 年 月 日	
		申請者の住所..... ふりがな 氏 名..... 死亡非常勤の職員等 との続柄又は関係.....	
下記の障害差額特別給付金の支給を申請します。			
1 死亡した 障害補償 年金の受 給権者に 関する事 項	(組合市町村名)		(職 名)
	(氏 名)		年 月 日生 ( 歳)
	(死亡年月日) 年 月 日		(年金証書の番号) 第 号
	(死亡時の障害等級) 第 級		(既存障害とその程度)
2 障害差額 特別給付 金申請金 額の計算 等	支給を受ける者の 氏 名	死亡非常勤の職員等 との続柄又は関係	支給された特別給付金 (年金) の額の合計  円
	(年金補償基礎額) (乗ずべき数) (支給された特別給付金 (年金) の額の合計)		
(A) { ( 円 × ) × $\frac{20}{100}$ - 円 } × $\frac{1}{(受給権者の数)}$ = 円			
(乗ずべき数) (支給された特別給付金 (年金) の額の合計)			
(B) (1,500,000 円 × $\frac{1}{365}$ - 円) × $\frac{1}{(受給権者の数)}$ = 円			
3 障害差額特別給付金申請金額		円	

4 送金希望 の場合	振込先	銀行 組合 農協 金庫	支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号		
	フリガナ 口座名義		

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※支払	年 月 日
※決定金額	円

**様式第 41 号の 26** (第 40 条関係)「裏面」

[注意事項]

- 1 申請者は、※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、その該当する障害等級を明記すること。
- 3 「2 障害差額特別給付金申請金額の計算等」の欄の「(乗すべき数)」の項には、障害等級に応ずる条例第 43 条第 1 項の表の右欄に掲げる補償基礎額に乗すべき数を記入すること。
- 4 「3 障害差額特別給付金の申請金額」の欄には、「2 障害差額特別給付金申請金額の計算等」の欄の(A)の金額(A)の金額が(B)の金額を超える場合には、(B)の金額)を記入すること。

様式第 41 号の 27 (第 40 条関係)「表面」

地方公務員(非常勤)災害補償  
長期家族介護者援護金申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様 下記の長期家族介護者援護金の支給を申請します。		申請年月日 年 月 日	
		申請者の住所..... ふりがな氏名..... .....年 月 日生( 歳) 死亡した要介護年金受給権者との続柄又は関係.....	
1 死亡した要介護年金受給権者に関する事項	(組合市町村名)	(職 名)	
	(氏 名)	(死亡年月日) 年 月 日	
	(年金の種類) <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (第 級) <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (第 級)	(受給権者となった年月) 年 月	
	(死亡の原因)	(年金証書の番号) 第 号	
2 申請者に関する事項	所得税の納付状況	申請者を扶養する者の状況	
	前年の所得についての所得税の納付が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 申請者を扶養する者がいない <input type="checkbox"/> 申請者を扶養する者がいるが、その者は前年の所得について所得税を納付していない	
	条例第 42 条第 1 項の表の第 7 級以上の等級の障害に該当する障害の状態又は軽易な労務以外の労務には服することができない程度の心身の故障の有無 障害(障害等級第 7 級又はそれに相当する程度以上)が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
3 申請額	円		
※4 死亡した要介護年金受給権者に係る障害の部位・程度 <input type="checkbox"/> せき髄その他神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第 1 級) <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第 1 級) 傷病等級第 1 級又は障害等級第 1 級に最初に該当することとなった日 年 月 日			

5 送金希望の場合	振込先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※支払	年 月 日
※決定金額	円

## 様式第 41 号の 27 (第 40 条関係)「裏面」

### 〔注意事項〕

- 1 申請者は、※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 この申請書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、当該申請書の提出前に既に管理者に提出されている書類その他の資料については、添付の必要はないこと。
  - (1) 死亡した要介護年金受給権者の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他要介護年金受給権者の死亡の事実を証明する書類又はその写し
  - (2) 申請者と死亡した要介護年金受給権者との続柄に関する組合市町村長の発行する証明書
  - (3) 申請者が、要介護年金受給権者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) 申請者が、婚姻の届出をしていないが、要介護年金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
  - (5) 申請者（妻である申請者を除く。）が、要介護年金受給権者の死亡の当時条例第 42 条第 1 項の表の第 7 級以上の等級の障害に該当する障害の状態又は軽易な労務以外の労務には服することができない程度の心身の故障の状態にある者であるときは、そのことを証明する医師等の診断書その他の書類
  - (6) 申請者が申請を行う日の属する年の前年における申請者の所得税額について税務署長が発行する納税証明書
  - (7) 申請者の属する世帯の住民票の写し、申請者と申請者を扶養する者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本、その他申請者を扶養する者の有無及び申請者を扶養する者であることを証明できる書類
  - (8) 申請者を扶養する者がいるときは、申請者が申請を行う日の属する年の前年におけるその者の所得税額について税務署長が発行する納税証明書

様式第 41 号の 28 (第 40 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
旅 行 費 申 請 書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様 下記の旅行費の支給を申請します。		申請年月日 年 月 日												
		申請者の住所 ふりがな 氏 名 年 月 日生 ( 歳)												
1 被災非常勤 の職員等に 関する事項	(組合市町村名)	(職 名)												
	(負傷又は発病の年月日) 年 月 日	(福祉事業の実施の承認年月日) 年 月 日												
2 旅 行 費 の 内 訳	(旅行の目的) <input type="checkbox"/> 補装具 ( <input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 装着) <input type="checkbox"/> リハビリテーション													
	旅行区間		往	発	経由		着							
			復	発	経由		着							
	旅行期間			年	月	日から	泊	日						
				年	月	日まで								
	月日	出発地	到着地	宿泊地	鉄 道		船 舶		車		急 行 料金等	宿泊数	宿泊料	計
					路程	運賃	路程	運賃	路程	運賃	円	泊	円	円
					km	円	km	円	km	円	円		円	円
合 計														
3 旅 行 費 申 請 金 額													円	

4 送 金 希 望 の 場 合	振 込 先	銀行 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※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 申請者は、※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 旅行費の内訳」の欄の宿泊料については、その領収書及び明細書を添付すること。

様式第 41 号の 29 (第 40 条関係)

未支給の福祉事業申請書

		認定 番号	年 第	号
岡山県市町村総合事務組合管理者 様  下記未支給の福祉事業の支給を申請します。		申請年月日 年 月 日		
		申請者の住所..... ふりがな..... 氏 名..... 死亡した受給 権者との続柄.....		
1 死亡した 受給権者	組合市町村名			
	職 名			
	氏 名			
	死亡年月日	年 月 日		
2 未支給の 福祉事業	種 類			
	申 請 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 組合 支店 農協 金庫
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	.....

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

[注意事項]

- 申請者は、※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。
- この申請書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、福祉事業の申請のため、この申請書の提出前に既に提出されたものと重複するものについては、添付する必要はないこと。
  - 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
  - 申請者と死亡受給権者との続柄に関する市区町村長の発行する証明書
  - 申請者が受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
  - 申請者が、婚姻の届出をしていないが、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
  - 申請者が配偶者以外の者であるときは、他に先順位のないことを証明する書類
  - 死亡受給権者が、この申請に係る未支給の福祉事業についてまだ申請をしていなかったときは、その申請を行うこととした場合に必要書類

様式第 41 号の 30 (第 40 条関係)

福祉事業決定通知書

新規 継続 (第 回)

認定番号

.....様 .....年 月 日

岡山県市町村総合事務組合  
管理者 印

福祉事業の決定について  
年 月 日付けをもって申請のあった.....  
について、審査の結果、下記のとおり決定したので、通知します。

記

1 決定 支給  
不支給  
理由.....  
.....  
.....

2 福祉事業の種類 外科後処置 補装具 (支給 修理 再支給)  
リハビリテーション アフターケア  
在宅介護を行う介護人の派遣 奨学援護金  
就労保育援護金 長期家族介護者援護金 旅行費

3 福祉事業の内容.....

4 期間 年 月 日から  
年 月 日まで  
日間 ( 週間, 時間)

5 福祉事業を実施する施設名 (所在地)  
.....

6 奨学援護金又は就労保育援護金  
(1) 支給月額 .....円  
(2) 支給対象者の氏名 .....  
(3) 在学者等又は保育児の氏名及び月額 .....円  
.....円  
(4) 支給開始年月 .....年 .....月

7 支払金額 .....円  
(1) 支払の場所及び方法 .....  
(2) 支払日 (振込日) .....年 .....月 .....日  
(3) 委任に基づく受領者名 (住所) .....  
.....  
.....

8 その他 .....  
.....  
.....  
.....

〔注意事項〕 在宅介護を行う介護人の派遣を受ける場合には、費用の一部を自己負担していただきます。

〔この福祉事業の決定に不服がある場合には、管理者に対して不服の申出をすることができます。〕

様式第 41 号の 31 (第 40 条関係)「表面」

奨学援護金の支給に係る現状報告書

認定  
番号

年 第 号

岡山県市町村総合事務組合管理者 様

下記のとおり奨学援護金の支給に係る現状を報告します。

年 月 日 報告者の住所.....  
ふりがな  
氏 名.....

1 報告者の受けている年金たる補償の種類  
傷病補償年金 障害補償年金 遺族補償年金

2 年金証書の番号  
第 号

3 在 学 者 等 に 関 す る 事 項	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
	住 所			
	報告者との続柄			
	学校等の名称			
	学校等の所在地			
	入 学 等 年 月	年 月	年 月	年 月
	学 年	第 学年	第 学年	第 学年
	卒業等予定年月	年 月	年 月	年 月
	報告者との生計 同一関係の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	支給事由消滅年月	年 月	年 月	年 月
	支給事由が消滅した理由	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 退 学 <input type="checkbox"/> その他 (内容 )	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 退 学 <input type="checkbox"/> その他 (内容 )	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 退 学 <input type="checkbox"/> その他 (内容 )

4 特 記 事 項

5 添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 在学証明書等 (小学校, 中学校, 義務教育学校, 中等教育学校の前期課程並びに特別支援学校の小学部及び中学部の在学者を除く。) <input type="checkbox"/> 専修学校の在学者にあっては, 修業年限を証明することができる書類, 公共職業能力開発施設又は職業能力開発総合大学の在学者にあっては, 訓練課程の種類及び訓練期間を証明することができる書類, 公共職業能力開発施設に準ずる施設において教育訓練等を受ける者にあっては, 当該教育訓練等の内容を証明することができる書類 (ただし, これらの書類が在学証明書等と兼ねることができる場合は, この限りでない。) <input type="checkbox"/> 報告者と在学者等が生計を同じくしていることを認めることのできる書類
-----------	---

## 様式第 41 号の 31（第 40 条関係）「裏面」

### 〔注意事項〕

- 1 該当する□に✓印を記入すること。
- 2 「4 特記事項」の欄には、在学者等に関し、最近 1 年間において、停学、休学、留年等特記すべき事由がある場合に記入すること。
- 3 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、年金たる補償の受給権者の定期報告に添付する書類と重複するものについては、添付する必要はないこと。
  - (1) 在学者等（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程並びに特別支援学校の小学部及び中学部の在学者を除く。）の在学又は在籍を証明する書類
  - (2) 専修学校の在学者にあつては、修業年限を証明することができる書類、公共職業能力開発施設又は職業能力開発総合大学校の在学者にあつては、訓練課程の種類及び訓練期間を証明することができる書類、公共職業能力開発施設に準ずる施設において教育訓練等を受ける者にあつては、当該教育訓練等の内容を証明することができる書類（ただし、これらの書類が(1)に掲げる書類と兼ねることができる場合は、この限りでない。）
  - (3) 報告者と在学者等が生計を同じくしていることを認めることのできる書類

様式第 41 号の 32 (第 40 条関係)「表面」

就労保育援護金の支給に係る現状報告書

認定  
番号

年第 号

岡山県市町村総合事務組合管理者 様				
下記のとおり就労保育援護金の支給に係る現状を報告します。				
年 月 日		報告者の住所..... ふりがな 氏 名.....		
1 報告者の受けている年金たる補償の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償年金			2 年金証書の番号 第 号	
3 就労している者に関する事項	氏 名		生 年 月 日	年 月 日生
	住 所		報告者との続柄	
	就労している会社等の名称・所在地			
4 保育児に関する事項	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生 ( 歳)	年 月 日生 ( 歳)	年 月 日生 ( 歳)
	住 所			
	報告者との続柄			
	保育所等の名称			
	保育所等の所在地			
	小学校入学予定年月	年 月	年 月	年 月
	報告者との生計同一関係の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	就労している者との生計同一関係の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	支給事由消滅年月	年 月	年 月	年 月
支給事由が消滅した理由	<input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他 (内容 )	<input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他 (内容 )	<input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他 (内容 )	
5 特 記 事 項				
6 添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 就労していることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 保育所等に預け、又は預けられていることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 生計を同じくしていることを認めることのできる書類			

## 様式第 41 号の 32 (第 40 条関係)「裏面」

### [注意事項]

- 1 該当する□に✓印を記入すること。
- 2 「5 特記事項」の欄には、就労している者に関し、最近 1 年間において、転職等特記すべき事項がある場合に記入すること。
- 3 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、年金たる補償の受給権者の定期報告に添付する書類と重複するものについては、添付する必要はないこと。
  - (1) 就労していることを証明する書類
  - (2) 未就学の子を保育所等に預け、又は未就学の子が保育所等に預けられていることを証明する書類
  - (3) 条例第 67 条第 1 項各号に掲げる場合に応じ、次に掲げる者が生計を同じくしていることを認めることのできる書類
    - ア 遺族補償年金の受給権者である未就学の児童と就労している者 (条例第 67 条第 1 項第 1 号)
    - イ 遺族補償年金の受給権者と未就学の子 (同項第 2 号)
    - ウ 障害補償年金の受給権者と未就学の子 (同項第 3 号)
    - エ 傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者と未就学の子及び就労している者 (同項第 4 号)

様式第 42 号 (第 42 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
遺族補償年金支給停止申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様		申請年月日 年 月 日			
		申請者の年金 証書の番号.....第.....号.....			
下記の所在不明者にかかる遺族補償年金の 支給停止を申請します。		住 所.....			
		ふりがな 氏 名.....			
		生年月日.....年.....月.....日生( 歳) 所在不明者 との続柄.....			
1 所在 不明 者	年金証書の番号.....第.....号.....				
	氏 名.....				
	最後の住所.....				
	所在不明と なった年月日.....年.....月.....日.....				
	所在不明の事由.....				
2 申請 者の 同 順 位 者	氏 名	住 所	年金証書の番号	所在不明者 との続柄	
			第 号		
			第 号		
			第 号		
			第 号		
3	添付する書類 その他の資料名				

※受 理	年 月 日	※通 知	年 月 日
※決 定 内 容	年 月分から停止		

[注意事項]

- 申請者は、※の欄には記入しないこと。
- 「申請者の年金証書の番号」の項は、申請者が所在不明者と同順位である場合にのみ記入すること。
- 「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こと。
- 「2 申請者の同順位者」の欄には、所在不明者の同順位者があるときは、その同順位者について、同順位者がいないときは、その次順位者である申請者の同順位者について記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項の記入は必要ないこと。
- 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。

様式第 43 号 (第 42 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
遺族補償年金支給停止解除申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様  下記のとおり遺族補償年金の支給停止の解除を申請します。	申請年月日	年	月	日
	申請者の年金 証書の番号	第	号	
	住 所	.....		
	ふりがな 氏 名	.....		
	生年月日	年	月	日生 ( 歳 )
支給停止となった年月		年		月

※受 理	年 月 日	※通 知	年 月 日
※決 定 内 容	年 月分から解除		

[注意事項]

- 1 申請者は、※の欄には記入しないこと。
- 2 この申請書を提出するときには、あわせて年金証書を提出すること。

第 \_\_\_\_\_ 号

地方公務員 (非常勤) 災害補償

年 金 証 書

受給権者の氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日生 \_\_\_\_\_

補償の種類 \_\_\_\_\_

支給開始年月 \_\_\_\_\_ 年 月 \_\_\_\_\_

岡山市町村総合事務組合の運営に関する条例の規定により上記のとおり支給します。

岡山市町村総合事務組合管理者

印

〔注意事項〕

(別記のとおり)

## 別記

### 〔注意事項〕

- 1 この証書は、岡山市町村総合事務組合の運営に関する条例（以下「条例」という。）によって傷病補償年金、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 この補償は、毎年2月、4月、6月、8月、10月及び12月に、それぞれの前月までの分を支払います。なお、損害賠償を受けたときは、その限度で年金が支払われないこととなりますので、詳細は岡山市町村総合事務組合（以下「組合」という。）にお問合せください。
- 3 次の場合に該当することとなったときは、速やかにその事実を証明する書類を添えてその旨を組合に届け出てください。
  - (1) 氏名又は住所を変更した場合
  - (2) この年金と同一の事由によって、昭和61年3月以前から支給され、かつ、現に支給されている旧船員保険法、旧厚生年金保険法若しくは旧国民年金法の規定による年金の額が変更された場合若しくはその支給を受けられなくなった場合又は厚生年金保険法若しくは国民年金法の規定による年金の支給を受けることとなった場合、その額が変更された場合若しくはその支給を受けられなくなった場合
  - (3) 傷病補償年金においては、その傷病等級に変更のあった場合
  - (4) 障害補償年金においては、その障害等級に変更のあった場合
  - (5) 遺族補償年金においては、その算定の基礎となる遺族の数に増減を生じた場合
  - (6) 遺族補償年金で受給権者が妻1人だけの場合において、その妻が55歳に達したとき（条例第42条第1項の障害等級表の第7級以上の障害の状態にあるときを除く。）
  - (7) 遺族補償年金で受給権者が妻1人だけの場合において、その妻が条例第42条第1項の障害等級表の第7級以上の障害の状態になり、又はその状態でなくなったとき（55歳以上であるときを除く。）
- 4 この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 年金受給権者（遺族補償年金の場合にあつては被災非常勤の職員等の妻であつた者に限る。）が、銀行等の金融機関の少額預金の利子所得等の非課税取扱いを受けようとする場合は、年金証書を金融機関の営業所等に提示することにより非課税の取扱いが認められます。
- 6 この証書を亡失したり著しく損傷したときは再交付を組合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。
- 7 あらかじめ組合からその必要がないと通知された場合を除き、毎年2月1日から同月末日までの間に、組合に対し障害の現状又は遺族の現状に関する報告書を提出してください。
- 8 この年金を受ける権利を失った場合は、この証書を組合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) 傷病補償年金の場合
    - イ 受給権者が死亡した場合
    - ロ 条例第41条第1項の表の傷病等級に該当しなくなった場合
  - (2) 障害補償年金の場合
    - イ 受給権者が死亡した場合
    - ロ 条例第42条第1項の障害等級表の第7級以上に該当しなくなった場合
  - (3) 遺族補償年金の場合
    - イ 受給権者が死亡した場合
    - ロ 受給権者が婚姻（届出をしていないが、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
    - ハ 直系血族又は直系姻族以外の者の養子（届出をしていないが、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
    - ニ 離縁によって死亡した非常勤の職員等との親族関係が終了した場合

ホ 受給権者が死亡した非常勤の職員等の子、孫又は兄弟姉妹であるときは、その者が 18 歳に達した日以後の最初の 3 月 31 日が終了した場合（その者が非常勤の職員等の死亡の時から引き続き条例第 42 条第 1 項の障害等級表の第 7 級以上の障害の状態にある場合を除く。）

へ 条例第 42 条第 1 項の障害等級表の第 7 級以上の障害の状態にあることにより受給権者となっている者がその状態でなくなった場合

9 組合又は公務災害補償等審査会から報告又は出頭等を求められたとき、その報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、文書その他の物件を提出せず、出頭せず又は医師の診断を拒んだ者は、条例第 91 条の規定により、10 万円以下の罰金に処せられます。

様式第 45 号 (第 46 条関係)

地方公務員(非常勤) 災害補償  
障害の現状報告書(傷病補償年金)

岡山市市町村総合事務組合管理者 様  下記のとおり障害の現状を報告します。  年 月 日  報告者の住所..... ふりがな..... 氏 名.....					
1 年金証書の番号	第 号				
2 傷病補償年金の支給開始年月日	年 月				
3 傷病等級	第 級				
4 障害の状況					
5 日常生活の概要					
6 公的年金の受給関係	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	所轄年金 事務所等
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責)					

[注意事項]

- 1 この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。
- 2 報告者は、※印の欄には記入しないこと。
- 3 「4 障害の状況」の欄には、最近1年間について記入すること。
- 4 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。

※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。

（日常生活の状態）

- |        |   |      |
|--------|---|------|
| ① 行動能力 | <input type="checkbox"/> 終日臥床<br><input type="checkbox"/> 自宅，病棟内でのみ行動できる<br><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<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><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<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><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<br><input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する<br><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"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失<br><input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ合うことができる<br><input type="checkbox"/> 支障がない | （理由） |

(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

様式第 46 号 (第 46 条関係)

地方公務員(非常勤)災害補償  
障害の現状報告書(障害補償年金)

岡山県市町村総合事務組合管理者 様  下記のとおり障害の現状を報告します。  年 月 日  報告者の住所..... ふりがな..... 氏 名.....					
1 年金証書の番号	第 号				
2 治ゆ年月日	年 月 日				
3 障害等級	第 級				
4 障害の状況					
5 日常生活の概要					
6 公的年金の受給関係	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	所轄年金 事務所等
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 (免責)					

[注意事項]

- 1 この報告書は、障害補償年金の受給権者が提出すること。
- 2 報告者は、※印の欄には記入しないこと。
- 3 「4 障害の状況」の欄には、最近1年間について記入すること。
- 4 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。

※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

(日常生活の状態)

- |        |   |        |
|--------|---|--------|
| ① 行動能力 | <input type="checkbox"/> 終日臥床<br><input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる<br><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<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><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<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><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<br><input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する<br><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"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失<br><input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ合うことができる<br><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

様式第 47 号 (第 46 条関係)

地方公務員 (非常勤) 災害補償  
遺族の現状報告書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様  下記のとおり遺族の現状を報告します。  年 月 日  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 名.....					
1 死亡非常勤の職員等の氏名		(死亡年月日 年 月 日)			
2  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取ることができる遺族	氏 名	生年月日	住 所	死亡非常勤の職員等との続柄	障害の有無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無
3  公的年金の受給関係	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 轄 年 金 事 務 所 等
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
※ <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 ( <input type="checkbox"/> 免責 <input type="checkbox"/> 条例第 51 条の一時金 <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、該当する個所を○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取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取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取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

脱 退 還 付 金 請 求 書				
請求金額			円 (①+②+③)	
組合市町村名		共済番号	第 号	
組合員氏名		組合貸付金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
遺族請求記入欄	組合員との続柄		請求者氏名	
①	組合加入年月日	年月日	在職年月	平成19年6月30日の給料月額
	年 月 日	平成19年6月30日	年 月	級 号 円
②	組合加入年月日 又は平成19年7月1日	脱退年月日又は給料 月額7割措置の日の前日	在職年月	脱退時又は給料月額7割 措置の日の前日の給料月額
	年 月 日	年 月 日	年 月	級 号 円
③	給料月額7割措置の日	脱退年月日	在職年月	脱退時の給料月額
	年 月 日	年 月 日	年 月	級 号 円
上記のとおり請求します。 年 月 日 岡山県市町村総合事務組合管理者 様				
上記の請求は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 組合市町村長名				
※ 計 算	①	_____円 =	円 × 2.0 ×	年 = 円
	②	_____円 =	円 × 1.0 ×	年 = 円
	③	_____円 =	円 × 1.0 ×	年 = 円
	計			円

様式第49号 (第55条関係)

結 婚 祝 金 請 求 書		
請求金額		円
組 合 市 町 村 名		
共 済 番 号	第 号	
組 合 員 氏 名		
結 婚 年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 初 婚 <input type="checkbox"/> 再 婚
配 偶 者 の 氏 名		
組 合 加 入 年 月 日	退 職 年 月 日	結 婚 ま だ の 在 職 年 数
年 月 日	年 月 日	年 月
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>		
<p>上記の請求は事実と相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合市町村長名</p>		

様式第50号 (第53条関係)

医 療 補 助 金 請 求 書				
請求金額			円	
組合市町村名			組合員氏名	
共 済 番 号	第	号		
医 療 機 関 名				
医療機関所在地				
受 診 年 月	年		月 分	
内 容	受 診 年 月 日	自己負担額	受 診 年 月 日	自己負担額
治療費	年 月 日	円	年 月 日	円
	年 月 日	円	年 月 日	円
	年 月 日	円	年 月 日	円
上記治療に係る調剤料	年 月 日	円	年 月 日	円
	年 月 日	円	年 月 日	円
	年 月 日	円	年 月 日	円
合 計		円		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>				
<p>上記の請求は事実と相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合市町村長名</p>				



様式第52号 (第58条関係)

災 害 見 舞 金 請 求 書			
請求金額		円	
組合市町村名		共 済 番 号	第 号
組合員氏名		罹災年月日	年 月 日
事 由		共 済 組 合 の 給 付 額	円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>			
<p>上記の請求は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>組合市町村長名</p>			

様式第53号 (第59条関係)

出 産 祝 金 請 求 書			
請求金額		円	
組合市町村名		共済番号	第 号
組合員氏名			
出産者氏名		出産年月日	年 月 日
出生児氏名	(第 子)		
上記のとおり請求します。 年 月 日 岡山県市町村総合事務組合管理者 様			
上記の請求は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 組合市町村長名			

様式第54号 (第60条関係)

入学祝金請求書					
共済番号	組合員氏名	入学者氏名	続柄	入学年月	学校区分
				年 月	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
				年 月	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
				年 月	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
				年 月	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
				年 月	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
				年 月	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
				年 月	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
				年 月	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
				年 月	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
				年 月	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
計 名			円		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>					
<p>上記の請求は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>組合市町村長名</p>					

様式第55号 (第62条関係)

銀 婚 祝 金 請 求 書	
請求金額 円	
組 合 市 町 村 名	
共 済 番 号	第 号
組 合 員 氏 名	
結 婚 年 月 日	年 月 日
上記のとおり請求します。 年 月 日 岡山県市町村総合事務組合管理者 様	
上記の請求は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 組合市町村長名	

様式第56号 (第63条関係)

就 職 祝 金 請 求 書			
請求金額		円	
組合市町村名		共済番号	第 号
組 合 員 氏 名			
就 職 者 氏 名		続 柄	
卒業中学校名		就 職 先	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>			
<p>上記の請求は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>組合市町村長名</p>			

様式第57号 削除

様式第58号 削除

様式第59号 削除

様式第60号 (第67条関係)

保養施設利用補助金請求書 (個人用)			
請求金額		円	
組合市町村名		共済番号	第 号
組合員氏名			
利用者名	組合員		続柄 利用期間
	被扶養者		自 年 月 日
			至 年 月 日
			利用施設名
上記のとおり請求します。			
年 月 日			
岡山県市町村総合事務組合管理者 様			
上記の請求は事実であり、公務上でなかったことを証明します。			
年 月 日			
組合市町村長名			



様式第62号 (第67条関係)

保養施設利用補助金請求書 (団体用)			
共済番号	組 合 員 氏 名	共済番号	組 合 員 氏 名
計		名	
		円	
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
利 用 施 設 名			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>			
<p>上記の請求は事実であり、公務上でなかったことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>組合市町村長名</p>			



様式第64号 削除

様式第65号 (第69条関係)

介護休業補助金請求書					
請求金額			円		
組合市町村名		共済番号	第	号	
組合員氏名					
介護休業期間	年 月 日 ~		年 月 日		
共済組合介護休業 手当金給付額	円	被介護 者氏名		続柄	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>					
<p>上記の請求は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>組合市町村長名</p>					

貸付額照会申請書

申 請 者	組合市町村名		共済番号	号	
	組合員氏名		給料月額	円	
	生年月日	年 月 日	年 齡	歳	
	組合加入年月日	年 月 日	勤続年数	年 月	
	既借入金申告欄 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	借入先	借入額	現在の残高	月々の返済額
		総合事務組合（普通）	円	円	円
	有の場合は総合事務組合以外の借入についても記入してください。	総合事務組合（住宅）			
	保証債務申告欄 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保証の種類	主債務者との続柄	保証債務残額	
<input type="checkbox"/> 保証人 <input type="checkbox"/> 連帯保証人			円		
	<input type="checkbox"/> 保証人 <input type="checkbox"/> 連帯保証人				
貸 付 内 容	貸付種別	<input type="checkbox"/> 住宅貸付 <input type="checkbox"/> 災害貸付	償還方法	<input type="checkbox"/> 賞与有 <input type="checkbox"/> 賞与無	
	希望交付年月日	年 月 日			
	貸付希望額	円	建築又は購入等予定額	円	
	資金計画	借入先	借入額	月々の返済額	
		総合事務組合	円	円	
自己資金					
	計				
購 入 先 等	業者名等		着工又は購入等予定日	年 月 日	
	住 所				
	電話番号		担当者名		
<p>岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例（平成17年岡山県市町村総合事務組合条例第1号）第110条第4項に規定する貸付金の額での貸付を受けたいため、岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例施行規則（平成17年岡山県市町村総合事務組合規則第2号）第75条の3の規定により、提出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>					
<p>上記記載事項は、事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合市町村長名</p>					

様式第67号 (第75条関係)

<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 災害 貸付申込書						
申 込 金 額		円		普通貸付	<input type="checkbox"/> 長期 <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 借替有 <input type="checkbox"/> 借替無	
				住宅・災害貸付	<input type="checkbox"/> 賞与有 <input type="checkbox"/> 賞与無	
				団体信用生命保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 非加入	
申 込 人	組合市町村名		共 済 番 号		第 _____ 号	
	フリガナ		給料月額		円	
	組合員氏名(自署)					
	※基本番号			※上記金額×30%		円
	住 所		〒 _____		※	新規 変更
組 合 加 入 年 月 日		年 月 日	勤 続 期 間		年 月	
借 用 事 由 (具体的に記入のこと)						
既借入金申告欄 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
有の場合は総合事務組合以外の借入についても記入してください。						
		借 入 先	借 入 額	現在の残高	月々の返済額	
		総合事務組合(普通)	円	円	円	
		総合事務組合(住宅)				
保証債務申告欄 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
有の場合は記入してください。						
		保証の種類		主債務者との続柄	保証債務残額	
		<input type="checkbox"/> 保証人 <input type="checkbox"/> 連帯保証人			円	
		<input type="checkbox"/> 保証人 <input type="checkbox"/> 連帯保証人				
振 込 先						
		金融機関名	支店名	種目	口座番号	
		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所	普通		
上記の記載事項は事実に相違なく、かつ、申込人は信用確実な者であり、十分な償還能力があることを認めます。						
年 月 日						
組合市町村長名						
岡山県市町村総合事務組合管理者 様						

様式第68号 (第75条関係)

住宅貸付対象物件明細書

対象物件の所在地			
工事の種別	新築	( ) 階建	面積 ( ) m <sup>2</sup>
	増改築	工事面積 ( ) m <sup>2</sup>	
購入の種別	家屋	( ) 階建	面積 ( ) m <sup>2</sup>
	土地	面積( )m <sup>2</sup> 地目 ( )	
着工予定日	年 月 日		
完成(購入)予定日	年 月 日		
対象不動産の名義人			続柄
資金計画	借入先	借入額	月々の返済額
	総合事務組合	円	円
		円	円
		円	円
		円	円
	自己資金	円	円
	計	円	円

上記のとおり報告します。

年 月 日

岡山県市町村総合事務組合管理者 様

組合市町村名 \_\_\_\_\_

申込人名 \_\_\_\_\_

様式第69号 (第76条関係)

年 月 日

様

岡山県市町村総合事務組合  
管理者

貸付決定通知書

年 月 日お申し込みの貸付について、下記のとおり決定しましたので申込人にお知らせ下さい。

記

承 認		不 承 認
貸付金額	円	(理由)
貸付種別・番号	普通・住宅・災害 号	
申 込 人		
送 金 日	年 月 日	

○貸付期間、月々の償還額等は後日送付する「貸付金原票」に記載されています。

○申込内容に虚偽の事実が認められたときは、貸付を取り消し、貸付金の即時弁済の措置をとらせていただきます。

# 借 用 証 書

(貸付番号 号)

収入印紙貼付	
10万円以下	200円
50万円以下	400円
100万円以下	1000円
500万円以下	2000円
1000万円以下	10000円
3000万円以下	20000円

金 円也

上記の金額を岡山市町村総合事務組合の貸付に関する規定を承知し、次の各条項により借用します。

1. 元金及び利息は、 年 月から 年 月まで毎月給料から返済します。
2. 組合員の資格を失ったとき、又は退職手当の支給を受けたとき等は、退職手当及び給付金から控除し、未償還金に充当することを承諾します。また、退職手当及び給付金が未償還金に満たない場合は、直ちにその残額を返済します。
3. 申込み内容の真偽についての調査に応じ、虚偽の事実があった場合は、全額を即時償還します。
4. その他、岡山市町村総合事務組合規定の定めによる。

年 月 日

岡山市町村総合事務組合管理者 様

借 受 人 組合市町村名

氏名（自署）

印

住 所

共済番号



様式第72号 (第84条関係)

\_\_\_\_年度文化体育振興事業実績報告書

事業名	実施日	参加・配付等 人 員 人	事業内容	所要経費 千円
計				

上記のとおり報告します。

年 月 日

岡山県市町村総合事務組合管理者 様

組合市町村長名



様式第74号 (第112条関係)

負 担 金 等 明 細 書					
退職手当	一般職	人員		給料月額(A)	
福利厚生	一般職	人員		給料月額(B)	
	特別職	人員		給料月額(C)	
①退職手当	一般職負担金 (C)× /1,000		前月迄の 過不足額	退手負担金	
	特別職負担金 (C)×298/1,000			退手準備積立金	
	事務費負担金 ((A)+(C))×2/1,000			福利拠出金	
	特別負担金		備 考  過不足額 の説明等		
	計				
②非公災	一般負担金				
	特別負担金				
③福利厚生負担金	組合員数 ×6,000円				
④福利厚生拠出金	((B)+(C)) × /1,000				
⑤退手準備積立金	((A)+(C)) ×10/1,000				
⑥貸付	償還元金				
	償還利子				
	計				

## 特別負担金年賦納付申請書

岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例(平成17年岡山県市町村総合事務組合条例第1号)

第171条第6項の規定により特別負担金を下記のとおり年賦納付したいので、申請します。

記

1 特別負担金額 円

2 特別負担金を分割納付する理由

3 分割納付の時期及び金額

納入期日	納入金額	利息	合計金額
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
合 計	円	円	円

年 月 日

組合市町村長名

岡山県市町村総合事務組合管理者 様

様式第76号（第113条関係）

## 準備積立金処分申請書

岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例施行規則（平成17年岡山県市町村総合事務組合規則第2号）第113条第2項の規定により、下記のとおり準備積立金を処分し、特別負担金として納付したいので申請いたします。

記

処分申請金額 \_\_\_\_\_ 円

年 月 日

組合市町村長名

岡山県市町村総合事務組合管理者 様

消防団員等公務災害発生報告書

※認定  
番号

災害を受けた者	<input type="checkbox"/> 非常勤消防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者			
	住 所		職 業	
	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年   月   日生 (   歳)		
	所 属	消防団                      分団                      (階級)		
災害発生の日時	年   月   日 (   ) <input type="checkbox"/> 午前                      時   分頃 <input type="checkbox"/> 午後			
災害発生の場所				
災害発生の原因 及 び 状 況				
療 養 開 始 日	年   月   日 (   )			
傷 害 事 故 の 目 撃 者				
傷病名・部位 及びその程度		治療見込 日 数	通院 日 入院 日	
<p>上記のとおり報告いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市町村長名</p> <p>岡山県市町村総合事務組合管理者 様</p>				

- (注) 1 該当する「」に✓印を記入すること。  
 2 災害発生の原因及び状況は、従事した公務又は作業内容の状況を詳細に明記のこと。  
 3 「災害発生確認書 (様式第 78 号)」を添付すること。

## 災 害 発 生 確 認 書

災害を受けた者	氏 名	年 月 日生
	所 属	消防団 (階級) 分団
災害発生日時	年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 午前 時 分頃 <input type="checkbox"/> 午後
災害発生場所		
災害発生の状況等		
<p>上記のとおり災害が発生したことを確認いたしました。</p> <p>年 月 日</p> <p>消防団名</p> <p>職・氏名</p> <p>岡山市町村総合事務組合管理者 様</p>		

備考 この確認書は災害発生場所にいた事実を確認できる消防団幹部により記載すること。

非常勤消防団員等公務災害補償通知書

年 月 日

様

岡山県市町村総合事務組合

管理者



あなたは、岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例の規定により、下記の災害に対する補償を受けることができますので通知します。

記

1 被災者の氏名

2 傷病名

3 災害発生年月日 年 月 日

4 認定番号 年 岡総合消第 号

## 様式第 79 号（第 90 条関係）「裏面」

### 補 償 の 内 容

#### 1 あなたが被災者である場合

##### (1) 療養補償

公務上の負傷又は疾病については、右の範囲で療養上相当と認められるものを療養補償として受けることができます。

- ア 診察
- イ 薬剤又は治療材料の支給
- ウ 処置、手術その他の治療
- エ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- オ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- カ 移送

##### (2) 休業補償

公務上の負傷又は疾病の療養のため勤務することができない場合で給与を受けないときは、その期間、補償基礎額の 60/100 に相当する金額の休業補償を受けることができます。

##### (3) 傷病補償年金

公務上の負傷又は疾病に係る療養の開始後 1 年 6 ヶ月を経過した日以後において、条例に定められている程度に障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受けることができます。

なお、傷病補償年金を受ける場合には休業補償を受けることができません。

##### (4) 障害補償

公務上の負傷又は疾病が治ったとき、条例に定められている程度の障害が残ったときは、その程度に応じて年金又は一時金の障害補償を受けることができます。

##### (5) 障害補償年金前払一時金

年金の障害補償を受けることができる場合は、申出により、障害の程度に応じた額の範囲で選択した障害補償年金前払一時金を受けることができます。なお、年金の支給は、一定期間停止されることになります。

##### (6) 介護補償

傷病補償年金又は年金の障害補償を受けることができる場合で、条例で定める程度の障害により常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、実際に介護を受けているときは、その期間（病院等に入院している期間を除く。）、介護補償を受けることができます。

#### 2 あなたが被災者以外の者である場合

##### (1) 遺族補償

あなたが公務上死亡した消防団員等の遺族であって、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おり、次の①から⑥までに該当する場合は年金の、その他の場合は一時金の遺族補償を受けることができます。

- ① 妻及び 60 歳以上の夫
- ② 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある子
- ③ 60 歳以上の父母
- ④ 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある孫
- ⑤ 60 歳以上の祖父母
- ⑥ 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある又は 60 歳以上の兄弟姉妹

ただし、消防団員等の死亡の当時、条例で定める障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、年齢に関係なく年金を受けることができます。

遺族補償年金を受ける順位は、上記①から⑥までの番号のとおりであり、上記の順序による最先順位者（遺族補償年金を受ける権利を有する者）に対して支給されます。

##### (2) 遺族補償年金前払一時金

あなたが、(1)により遺族補償年金を受ける権利を有する場合には、申出により、一定の額の範囲で選択した遺族補償年金前払一時金を受けることができます。なお、遺族補償年金の支給は、一定期間停止されることになります。

##### (3) 葬祭補償

あなたが公務上死亡した消防団員等の葬祭を行う者である場合は、通常葬祭に要する費用を考慮して条例で定める金額の葬祭補償を受けることができます。

##### (4) 障害補償年金差額一時金

あなたが障害補償年金の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給された障害補償年金及び障害補償年金前払一時金の合計額が条例で定める障害の程度に応じた額に満たないときは、その差額に相当する額の障害補償年金差額一時金を受けることができます。

##### (5) 未支給の補償

あなたが補償の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給されるべき補償でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

#### [注意事項]

- 1 あなたは、上記の事由に該当したときは、それぞれの事由に応ずる補償が受けられますので、速やかに請求書を提出してください。ただし、条例の規定により制限を受ける場合もありますので、被災消防団員等の所属機関とよく連絡をとって、その指示を受けてください。
- 2 補償を受ける権利は 2 年間（傷病補償年金、障害補償及び遺族補償については、5 年間）行わないときは時効によって消滅します。
- 3 組合の行う補償の実施について不服がある場合には、異議を申し立てることができます。
- 4 その他詳細については、被災消防団員等の所属機関に問い合わせてください。

様式第 80 号 (第 91 条関係)

<input type="checkbox"/> 非常勤消防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者	損害補償費支払請求書	認定番号 年岡総合消第 号	請求回数 第 回 (年 月分)
岡山県市町村総合事務組合管理者 様  下記のとおり損害補償費を請求します。		請求年月日 年 月 日 〒 - 請求者の住所 ..... ふりがな 氏 名 .....	
1	この請求書による損害補償費の受領を ..... に委任します。 委任者の氏名 .....  上記委任に基づき、この請求書による損害補償の費用の支払を請求します。 受任者の { 住所 ..... 医療機関等の名称 ..... 氏 名 (代表者名) .....		
2	市町村名  氏 名 年 月 日生 ( 歳) 団員又は従事者の別 <input type="checkbox"/> 団員 <input type="checkbox"/> 従事者 消防団員の場合は階級  負傷又は発病年月日 年 月 日 ( 曜日)		
3	内訳は別紙のとおり <input type="checkbox"/> 療養補償費 <input type="checkbox"/> 休業補償費 <input type="checkbox"/> その他 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">円</div>		
4	送金希望の場合 銀行 支店 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 No. フリガナ 口座名義 [本人の場合] は記入不要		

※受理	年 月 日	※通知	年 月 日
※送金	年 月 日	※決定金額	円

[注意事項]

- 1 該当する「□」に✓印を記入すること。
- 2 この請求書に添付する書類
  - (1) 初回請求の際は、事故状況等証明書及び当該様式の注意事項に定める書類
  - (2) 損害補償費支払請求に必要な内訳書及び当該様式の注意事項に定める書類

様式第 81 号 (第 94 条関係)

遺族補償年金支給停止申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様  下記の所在不明者にかか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 .....		
		住 所 .....		
		氏 名 .....		
		生年月日 .....年 月 日生		
		所在不明者との続柄 .....		
1 所在不明者	年期証書の番号 .....			
	氏 名 .....			
	最後の住所 .....			
	所在不明となった年月日 .....年 月 日			
	所在不明の事由 .....			
2 申請者の同順位者	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記入する必要はない。
- 3 「2 申請者の同順位者」の欄には、所在不明者の同順位者があるときは、その同順位者について、同順位者がいないときは、その次順位者である申請書の同順位者について記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項の記入は必要ないこと。
- 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。

様式第 82 号 (第 94 条関係)

遺族補償年金支給停止解除申請書

岡山県市町村総合事務組合管理者 様	申請年月日
	申請者の年金 証書の番号 .....
下記のとおり遺族補償年金の支給停止の解除 を申請します。	住 所 .....
	氏 名 .....
	生年月日 .....年.....月.....日生
支給停止となった年月	年 月

※受 理		※決定内容	
※決 定			

[注意事項]

- 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 この申請書を提出するときには、あわせて年金証書を提出すること。

様式第 83 号 (第 95 条関係) 「表面」

記号	番号	-	<input type="text"/>
消防団員等公務災害補償			
年	金	証	書
岡山県市町村総合事務組合			

受給権者の氏名	_____	
生年月日	____年 ____月 ____日生	
補償の種類	____補償年金(第 ____級)	
年金の額	_____円	
支給開始年月	____年 ____月	
岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例の規定により 上記のとおり支給します。		
年	月	日
岡山県市町村総合事務組合		<input type="text"/>
		管理者 <input type="text"/>
		<input type="text"/>

様式第 83 号 (第 95 条関係) 「裏面」

〔注 意 事 項〕

- 1 この証書は、岡山市町村総合事務組合の運営に関する条例の規定による傷病補償年金、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 この年金は、毎年2月、4月、6月、8月、10月及び12月にそれぞれ前月までの分を支払います。
- 3 次の場合に該当することとなったときは、速やかにその事実を証明する書類を添えてその旨を届けるとともに、併せてこの証書を提出してください。
  - (1) 氏名又は住所を変更した場合
  - (2) この年金と同一の事由によって船員保険法又は厚生年金保険法の規定による障害年金若しくは遺族年金又は国民年金法の規定による障害年金（障害福祉年金を含む。）、母子年金（母子福祉年金を含む。）、準母子年金（準母子福祉年金を含む。）、遺族年金又は寡婦年金の支給を受けることとなった場合、その額が変更された場合又はその支給を受けられなくなった場合
  - (3) 傷病補償年金においては、その傷病の等級に変更のあった場合
  - (4) 障害補償年金においては、その障害の等級に変更のあった場合
  - (5) 遺族補償年金においては、次に掲げる場合
    - ア 年金の算定の基礎となる遺族の数に増減を生じた場合
    - イ 年金を受けることができる遺族が55歳未満の妻だけである場合に、その者が障害の状態となった場合又はその状態がなくなった場合
- 4 この補償を受ける権利は譲り渡し、又は国民金融公庫若しくは沖繩振興開発金融公庫に担保に供する場合は、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 年金の支払を受けるには、毎年2月末日までに、療養の現状、障害の現状又は遺族の現状に関する報告書を提出しなければなりません。
- 6 この年金を受ける権利を失った場合は、この証書を返納してください。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) 傷病補償年金の場合
    - ア 受給権者が死亡した場合
    - イ 障害の等級に該当しなくなった場合
  - (2) 障害補償年金の場合
    - ア 受給権者が死亡した場合
    - イ 障害の等級の第7級以上に該当しなくなった場合
  - (3) 遺族補償年金の場合
    - ア 受給権者が死亡した場合
    - イ 受給権者が婚姻をした場合
    - ウ 直系血族又は直系姻族以外の者の養子となった場合
    - エ 離縁によって死亡した非常勤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非常勤消防団員等との子、孫又は兄弟姉妹であるときは、その者が18歳に達した日以後の最初の3月31日が終了した場合
  - カ 障害の状態にあることにより受給権者となっている者がその状態でなくなった場合
- 7 この証書を亡失したり、著しく損傷したときは再交付を当組合に請求してください。  
また、年金の額の変更の場合を除き、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。
- 8 なお、損害賠償を受けた場合は、その限度で年金が支払われない場合があります。

様式第 84 号 (第 95 条関係) 「表面」

年 金 決 定 通 知 書

岡総合第 号  
年 月 日

様

岡山県市町村総合事務組合  
管理者

印

下記のとおり年金の支払いを決定したので通知します。

1 非常勤消防団員等	年金支払決定番号	事故年度	種 別	住 所
	- -	年度		
	氏 名	性別	生 年 月 日	
			年 月 日	

2 年 金 の 種 類		3 受 給 権 者 の 氏 名					
4 等 級	5 特殊公務災害						
第 級							
6 補 償 基 礎 額		7 遺族補償年金の額の算定の基礎となる遺族数				8	
円	内 訳	人	内 訳				7 の人数に
	基礎額 扶養加算額	配偶者	子	父母	孫	祖父母	兄弟姉妹
	円 円	人	人	人	人	人	人
9 他 の 法 律 に よ る 給 付 と の 調 整							
法 律 の 名 称		調 整 率		調 整 額			
				円			

10 年 金 の 支 払 額		11 各 期 の 支 払 額				12 支 払 開 始 年 月								
円		円				年 月								
13 年 金 の 改 定 事 由														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
14 年 金 支 払 停 止														
1 損害補償額 円に達するまでの間, の支払いを停止する。 (その期間が事故発生日以後3年をこえるときは3年とする。) 2 前払一時金額 円に達するまで間, の支払いを停止する。 3 遺族補償年金を受ける権利を有する者の所在が1年以上明らかでない場合には, 同順位者があるときは同順位者の, 同順位者がいないときは次順位者の申請によって, その所在が明らかでない間, その者に支払うべき遺族補償年金の支払いを停止する。 4 遺族補償年金を受ける権利を有する者が特例遺族である場合には, その者が支給停止解除年齢に達するまでの間, その者に支払うべき遺族補償年金の支払いを停止する。														
15 備 考														

**様式第 84 号**（第 95 条関係）「裏面」

〔注意事項〕

1 この決定通知書は、岡山県市町村総合事務組合の運営に関する条例施行規則第 95 条の規定に基づき、傷病補償年金、障害補償年金若しくは遺族補償年金の支払いの決定を行った場合又は当該年金の額の改定等を行った場合に送付されるものであること。

2 「4 等級」欄の各等級に応ずる支給倍数は、次のとおりであること。

- (1) 傷病等級の場合 (2) 障害等級の場合

等級	1	2	3
倍数	313	277	245

等級	1	2	3	4	5	6	7
倍数	313	277	245	213	184	156	131

3 「5 特殊公務災害」欄において該当する場合の加算倍数は、次のとおりであること。

- (1) 傷病等級の場合 (2) 障害等級の場合

等級	1	2	3
倍数	1.4	1.45	1.5

等級	1	2	3～7
倍数	1.4	1.45	1.5

- (3) 遺族補償年金の場合 1.5

4 「7 遺族補償年金の額の算定の基礎となる遺族数」欄の人数に応ずる支給倍数は、次のとおりであること。  
人数

等級	1人	2人	3人	4人以上
倍数	153 (175)	201	223	245

5 「10 年金支払額」の算定方法は、次のとおりであること。

- (1) 傷病補償年金又は障害補償年金の場合

$$\text{補償基礎額} \times \text{支給倍数} \times \text{特殊公務加算倍数} \left[ \begin{array}{l} \times \text{他の法律による給付調整率} \\ \text{又は} \\ - \text{他の法律による給付調整額} \end{array} \right] = \text{年金支払額}$$

- (2) 遺族報償年金の場合

$$\text{補償基礎額} \times \text{支給倍数} \times \text{特殊公務加算倍数} \left[ \begin{array}{l} \times \text{他の法律による給付調整率} \\ \text{又は} \\ - \text{他の法律による給付調整額} \end{array} \right] \div \text{受給権者数} = \text{受給権者 1 名分の年金支払額} \sim A$$

$$A \times \text{受給権者数} = \text{年金支払額}$$

6 「11 各期の支払額」欄の額は、「10 年金支払額」の 2/12 の額であること。したがって、期のなかばに当該年金の支払いが開始される場合における当期の支払実額とは異なるので留意すること。

7 「13 年金改定事由」の欄の番号に応ずる改定事由は、次のとおりであること。

番号	改定事由	番号	改定事由
1	補償基礎改定	9	遺族の生計分離又は再同一
2	他の法律による給付額の改定	10	特例遺族が支給停止解除年齢に達した
3	支給倍数の改定	11	受給権者の所在が 1 年以上不明又はその所在が明らかとなった
4	遺族が 18 歳に達した日以後の最初の 3 月 31 日が終了した	12	障害の状態にあった者にその事情がなくなった
5	妻が 55 歳に達した	13	他の法律による給付の停止、解除
6	婚姻	14	団員等の死亡の当時胎児であった子が出生した
7	養子縁組又は離縁	15	その他
8	死亡		

年 金 額 改 定 通 知 書

年 月 日

\_\_\_\_\_様

岡山市町村総合事務組合  
管理者

印

.....補償年金の年金額の改定について

標記について、下記のとおり決定したので、通知します。

記

- 1 受給権者氏名
- 2 年金証書の番号
- 3 改定後の.....補償年金額 円
- 4 支給開始年月 年 月
- 5 改定事由

(注) この通知書は、年金証書と一緒に保管してください。

様式第 86 号 (第 101 条関係)

市  
町 消 防 団 条 例  
村

第 1 条 省略

第 2 条 団員の定数は 人とする。

以 下 省 略

附 則

この条例は 年 月 日から適用する。

上記写は原本と相違ありません。

年 月 日

市町村長名

様式第 86 号の 2 (第 104 条の 2 関係)

別記様式第 2 号 (システム用)

退職報償金支払請求書

地方公共団体コード (請求団体) : _____ 請求年月日 : _____	
第 _____ 号	
岡山県市町村総合事務組合 管理者 _____ 様 (請求団体名及び請求者氏名)	
別添個人別調書のとおり退職報償金の支払を請求します。	
市 町 村 長 又 は 消 防 機 関 の 長 の 証 明	地方公共団体コード (調書証明団体) : _____ 証明年月日 : _____
	別添個人別調書の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。  所在地 岡山県  市町村又は 消防機関の 名称 消防団  責任者氏名 団長
退職報償金の請求額合計 : _____ 千円 ( _____ 名分)	

基金受付印欄 (当欄は記入しないで下さい。)

備考 :

(当欄は記入しないで下さい。)	コード	公 印	その他
基金使用欄 受 付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起案者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
確認者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【注意事項】

- 「退職報償金請求システム」により作成されたフロッピーディスク又は CD-ROM を添付すること。

様式第 86 号の 3 (第 104 条の 2 関係)

別記様式第 2 号 (システム用)

退職報償金支払請求書

地方公共団体コード (請求団体) : _____ 請求年月日 : _____	
第 _____ 号	
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 様  岡山県市町村総合事務組合 管理者  別添個人別調書のとおり退職報償金の支払を請求します。	
市 町 村 長 又 は 消 防 機 関 の 長 の 証 明	地方公共団体コード (調書証明団体) : _____ 証明年月日 : _____
	別添個人別調書の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。  所在地 岡山県  市町村又は 名称 消防団 消防機関の 責任者氏名 団長
退職報償金の請求額合計 : _____ 千円 ( _____ 名分)	

基金受付印欄 (当欄は記入しないで下さい。)

備考 :

(当欄は記入しないで下さい。)	コード	公 印	その他
基金使用欄 受 付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起案者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
確認者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【注意事項】

- 「退職報償金請求システム」により作成されたフロッピーディスク又は CD-ROM を添付すること。

様式第 86 号の 4 (第 104 条の 2 関係)

別記様式第 12 号 (システム用)

個人別調書

(通し頁: )

所 属	消防団 第 分団第 部 班		
氏 名	( )		
生年月日	年 月 日		
任 免 及 び 勤 務 年 数 等 の 明 細			
全 期 間 (A)	階 級	基準以外の階級	勤務年数
勤務年数 計 (A)			年 月
(A) から除算する期間(B)	除 算 理 由		除算年数
除算年数 計 (B)			年 月
差 引 (A-B)			年 月
請 求 (C)			
請求基礎階級:	請求基礎勤務年数:	年 月	請求額: 千円

備考:

( 枚中 枚目)

(当欄は使用しないで下さい。)

基金使用欄

様式第 86 号の 5 (第 104 条の 2 関係)

退職報償金口座振込依頼書

年 月 日

岡山県市町村総合事務組合管理者 様

□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

住 所 \_\_\_\_\_

受給権者  
氏 名 \_\_\_\_\_

非常勤消防団員 \_\_\_\_\_ に係る退職報償金を、下記金融機関へ送金してください。

記

金融機関名	銀行 信組 農協 信金	支店
口座番号	普通 当座	No.
フリガナ		
氏 名		

(注) 振込口座は、受給権者のみの口座となります。