**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  　下記の休業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 | （組合市町村名） | | （職　名） | |
| 等に関する事項  被災非常勤の職員 |
| （氏　名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生（　　歳） | | | |
| （負傷又は発病年月日）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 2 | 年　　月　　日から　　　　　　　　　　　　　　　全部休業した日数　　　日  日  のうち  　　　　　　年　　月　　日まで　　　　　　　　　　　　　　　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 | | | |
| 申請日数等 |
| ※  3 | 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  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　所属組合市町村の　名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　長の職氏名 | | | |
| 村長の証明  所属組合市町 |
| 4  休  業  援  護  金 | 全部休業した日  (Ａ)  についての計算 | 全部休業した日に支　　休業補  （補償基礎額）  （申請日数）  　　　　　　　　　　　　　　 払われた給与の総額　 償の額    ）  80  100  ＝  ＋  （  －  ×  ×  　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　円　　　　円　　　 円 | | |
|
|
| 一部休業した日  (Ｂ)  についての計算 | 一部休業した日に支  （補償基礎額）  （申請日数）  　　　　　　　　　　　　　　　払われた給与の総額  20    100  ＝  ×  ×  （  ）  －  　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　 円 | | |
|
|
|
| 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  □治ゆ □死亡 □中止 □転医 □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  のうち　　　　日  　　　　年　　月　　日まで | | | 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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地  　　　　　　　　　　　 医療機関の　 名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師の氏名 | | | |
|
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| ※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19**（第40条関係）「裏面」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6  送金希望の場合 | 振込先 | 支店  銀行 組合  農協 金庫 |
| 預金種目 | □普通預金　　□当座預金 |
| 口座番号 |  |
|  |  |

〔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。