**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　　　　　　）80100＝＋（－××　　　　　　　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。