**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管理者　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。