**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 | □変更　　□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。

1. 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。