

奈良県広域水道企業団議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則をここに公布する。

令和7年3月31日

奈良県広域水道企業団企業長 山下 真

奈良県広域水道企業団規則第22号

奈良県広域水道企業団議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則

目次

第1章 総則（第1条—第8条）

第2章 補償及び福祉事業（第9条—第27条）

第3章 審査（第28条）

第4章 雑則（第29条—第34条）

附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 この規則は、奈良県広域水道企業団議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例（令和7年2月条例第31号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第2条 この規則において使用する用語は、条例において使用する用語の例による。

（公務上の災害の範囲）

第3条 公務上の災害の範囲は、公務に起因する負傷、障害及び死亡並びに地方公務員災害補償法施行規則（昭和42年自治省令第27号）別表第1に規定する疾病とする。

（通勤による災害の範囲）

第4条 通勤による災害の範囲は、通勤に起因する負傷、障害及び死亡並びに次に掲げる疾病とする。

(1) 通勤による負傷に起因する疾病

(2) 前号に掲げるもののほか、通勤に起因することが明らかな疾病

（就業の場所から勤務場所への移動等）

第5条 条例第3条第1項第2号の規則で定める就業の場所から勤務場所への移動は、次に掲げる移動とする。

(1) 一の勤務場所から他の勤務場所への移動

(2) 次に掲げる就業の場所から勤務場所への移動

ア 労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第3条第1項の適用事業に係る就業の場所

イ 国家公務員災害補償法（昭和26年法律第191号）第1条第1項に規定する職員の勤務場所

ウ その他勤務場所並びにア及びイに掲げる就業の場所に類するもの

2 条例第3条第1項第2号の規則で定める職員に関する法令の規定に違反して就業している場合は、次に掲げる法令の規定に違反している場合とする。

(1) 地方公務員法（昭和25年法律第261号）第38条第1項

(2) 前号に掲げる法令の規定に類する法令の規定

3 条例第3条第1項第3号の規則で定める要件は、同号に掲げる移動が、単身赴任手当の支給を受ける地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号）第2条第1項に規定する職員と均衡上必要があると認められる職員により行われるものであることとする。

（日常生活上必要な行為）

第6条 条例第3条第2項ただし書の日常生活上必要な行為であって規則で定めるものは、次に掲げる行為とする。

(1) 日用品の購入その他これに準ずる行為

(2) 学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する学校において行われる教育、職業能力開発促進法（昭和44年法律第64号）第15条の7第3項に規定する公共職業能力開発施設において行われる職業訓練その他これらに準ずる教育訓練であって職業能力の向上に資するものを受け  
る行為

(3) 病院又は診療所において診察又は治療を受けることその他これに準ずる  
行為

(4) 選挙権の行使その他これに準ずる行為

(5) 負傷、疾病又は老齢により2週間以上の期間にわたり日常生活を営むのに支障がある配偶者（婚姻の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者を含む。以下この号において同じ。）、子、父母、配偶者の父母及び次に掲げる者（イに掲げる者にあつては、職員と同居している者に限る。）の介護（継続的に又は反復して行われるものに限る。）

ア 孫、祖父母及び兄弟姉妹

イ 職員との間において事実上子と同様の関係にあると認められる者及び職員又は配偶者との間において事実上父母と同様の関係にあると認められる者

（災害の報告）

第7条 実施機関は、その所管に属する職員について、公務上の災害又は通勤による災害と認められる死傷病が発生した場合は、その指定する者に、速やかに報告をさせなければならない。負傷し、若しくは疾病にかかった職員又は死亡した職員の遺族からその災害が公務又は通勤により生じた旨の申出があった場合も、同様とする。

(認定及び通知)

第8条 実施機関は、前条の規定による報告を受けたときは、その災害が公務又は通勤により生じたものであるかどうかを認定し、公務又は通勤により生じたものであると認定したときは認定通知書（第1号様式）により、補償を受けるべき者に速やかに条例第4条第2項の規定による通知をしなければならない。

2 実施機関は、前条の規定による報告に係る災害が公務又は通勤により生じたものでないと認定したときは、次に掲げる事項を記載した書面により、負傷し、若しくは疾病にかかった職員又は死亡した職員の遺族にその旨を通知しなければならない。

- (1) 実施機関の職及び氏名
- (2) 当該職員の氏名
- (3) 傷病名
- (4) 災害発生年月日
- (5) 公務又は通勤により生じた災害でないと認定した理由

## 第2章 補償及び福祉事業

(療養の方法)

第9条 療養補償たる療養は、企業長の指定する病院若しくは診療所若しくは薬局（以下「指定医療機関」という。）又は企業長の指定する訪問看護事業者（居宅を訪問することによる療養上の世話又は必要な診療の補助の事業を行う者をいう。以下同じ。）において行う。

(給与その他の収入の一部を受けない場合における休業補償)

第10条 職員が公務上負傷し、若しくは疾病にかかり、又は通勤により負傷し、若しくは疾病にかかり、療養のため、勤務その他の業務の全部について従事することができない場合において職員の受ける給与その他の収入の額が補償基礎額の100分の60に相当する額に満たないときは当該満たない額に相当する額を、勤務その他の業務の一部について従事することができない場合において職員の受ける給与その他の収入の額が補償基礎額（当該療養の開始後1年6月を経過している場合において、条例第7条第1項の規定により企業長が最高限度額として定める額（以下この条において「最高限度額」

という。)を補償基礎額とすることとされている場合にあつては、同項の規定の適用がないものとした場合における補償基礎額)に満たないときは当該満たない額(当該療養の開始後1年6月を経過している場合において、当該満たない額が最高限度額を超える場合にあつては、当該最高限度額)の100分の60に相当する額を、休業補償として支給する。

(休業補償を行わない場合)

第11条 条例第10条ただし書の規則で定める場合は、次に掲げる場合とする。

- (1) 懲役、禁錮若しくは拘留の刑の執行のため若しくは死刑の言渡しを受けて刑事施設(少年法(昭和23年法律第168号)第56条第3項の規定により少年院において刑を執行する場合における当該少年院を含む。)に拘置されている場合、労役場留置の言渡しを受けて労役場に留置されている場合又は法廷等の秩序維持に関する法律(昭和27年法律第286号)第2条の規定による監置の裁判の執行のため監置場に留置されている場合
- (2) 少年法第24条の規定による保護処分として少年院若しくは児童自立支援施設に送致され、収容されている場合、同法第64条の規定による保護処分として少年院に送致され、収容されている場合又は同法第66条の規定による決定により少年院に収容されている場合

(介護補償に係る障害)

第12条 条例第14条の規則で定める障害は、介護を要する状態の区分に応じ、別表に定める障害とする。

(葬祭補償の額)

第13条 条例第20条に規定する規則で定める金額は、315,000円に補償基礎額の30倍に相当する額を加えた金額とする。

(補償の請求方法)

第14条 傷病補償年金を除く補償(現に受けている補償の額の変更を含む。以下この条及び第17条において同じ。)を受けようとする者は、受けようとする補償の種類に応じ、請求書(第2号様式から第14号様式まで)を職員の勤務する公署(職員が死亡し、又は離職した場合においては、その死亡又は離職の直前に勤務していた公署)を経由して実施機関に提出しなければならない。ただし、第9条に規定する指定医療機関又は訪問看護事業者において療養を受ける場合の療養補償については、この限りでない。

(傷病補償年金の支給の決定等)

第15条 実施機関は、職員が公務上負傷し、若しくは疾病にかかり、又は通

勤により負傷し、若しくは疾病にかかり、当該負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6月を経過した日において条例第11条第1項各号のいずれにも該当するとき、又は同日後同項各号のいずれにも該当することとなったときは、速やかに傷病補償年金の支給の決定をしなければならない。

2 実施機関は、傷病補償年金を受けている者の当該傷病等級に変更があったため、新たに条例別表第1に掲げる他の傷病等級に該当するに至った場合には、速やかに新たに該当するに至った傷病等級に応ずる傷病補償年金の支給を決定しなければならない。

3 実施機関は、傷病補償年金を受けている者の傷病の程度が条例別表第1に定める傷病等級に該当しなくなったときは、その旨を当該傷病補償年金を受けている者に通知しなければならない。

(遺族補償年金の請求の代表者)

第16条 遺族補償年金を受ける権利を有する者が2人以上あるときは、これらの者はそのうちの1人を遺族補償年金の請求及び受領についての代表者に選任しなければならない。ただし、世帯を異にする等やむを得ない事情のため代表者を選任することができないときは、この限りでない。

2 遺族補償年金を受ける権利を有する者は、前項の規定により、代表者を選任し又はその代表者を解任したときは、速やかに書面でその旨を実施機関に届け出なければならない。この場合には、併せてその代表者を選任し又は解任したことを証明することができる書類を提出しなければならない。

(補償の支給方法)

第17条 実施機関は、第14条の規定による補償の請求書を受理した場合には、これを審査し、補償に関する決定を行い、速やかに請求者に書面でその決定に関する通知をするとともに、補償を行わなければならない。

2 実施機関は、傷病補償年金を支給する旨の決定をしたときは、その旨を傷病補償年金を受けるべき者に書面で通知するとともに、補償を行わなければならない。

(所在不明による支給停止の申請等)

第18条 条例第21条において例によることとされる地方公務員災害補償法第35条第1項又は第2項の規定により遺族補償年金の支給の停止又は支給の停止の解除を申請する者は、申請書(第15号様式又は第16号様式。遺族補償年金の支給の停止の解除を申請する場合にあっては、これらの申請書及び年金証書)を実施機関に提出しなければならない。

2 実施機関は、前項の規定による申請に基づき遺族補償年金の支給を停止し又は支給の停止を解除したときは、当該申請を行った者に速やかに書面でそ

の旨を通知しなければならない。

(年金証書)

第19条 実施機関は、傷病補償年金、障害補償年金又は遺族補償年金（以下「年金たる補償」という。）の支給に関する通知をするときは、当該補償を受けるべき者に対し、併せて年金証書（第17号様式）を交付しなければならない。

2 実施機関は、既に交付した年金証書の記載事項を変更する必要がある場合は、当該証書と引換えに新たな証書を交付しなければならない。

3 実施機関は、必要があると認めるときは、年金証書の提出又は提示を求めることができる。

第20条 年金証書の交付を受けた者は、その証書を亡失し、又は著しく損傷したときは、再交付の請求書に亡失の理由を明らかにすることができる書類又は損傷した証書を添えて、証書の再交付を実施機関に請求することができる。

2 年金証書の再交付を受けた者は、その後において亡失した証書を発見したときは、速やかにこれを実施機関に返納しなければならない。

第21条 年金証書の交付を受けた者又はその遺族は、当該証書に係る年金たる補償を受ける権利が消滅した場合には、遅滞なく、当該証書を実施機関に返納しなければならない。

(療養の現状等に関する報告)

第22条 実施機関は、公務上負傷し、若しくは疾病にかかり、又は通勤により負傷し、若しくは疾病にかかり、当該負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6月を経過した日において当該負傷又は疾病が治っていない者から、同日後1月以内に療養の現状等に関する報告書（第18号様式）を提出させるものとする。

2 実施機関は、公務上負傷し、若しくは疾病にかかり、又は通勤により負傷し、若しくは疾病にかかり、当該負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6月を経過した日後において当該負傷又は疾病が治っていない者から、療養の現状等に関する報告書を提出させることができる。

(定期報告)

第23条 年金たる補償を受ける者は、毎年1回2月1日から同月末日までの間に、その傷病若しくは障害の現状又は遺族補償年金の支給額の算定の基礎となる遺族の現状に関する報告書（第19号様式から第21号様式まで）を実施機関に提出しなければならない。ただし、実施機関があらかじめその必要がないと認めて通知した場合は、この限りでない。

(届出)

第24条 年金たる補償を受ける者は、次の各号に掲げる場合には、遅滞なく、その旨を実施機関に届け出なければならない。

(1) 氏名又は住所を変更した場合

(2) 傷病補償年金を受ける者にあつては、次に掲げる場合

ア その負傷又は疾病が治った場合

イ その傷病の程度に変更があつた場合

(3) 障害補償年金を受ける者にあつては、その障害の程度に変更があつた場合

(4) 遺族補償年金を受ける者にあつては、次に掲げる場合

ア 条例第17条第1項（同項第1号を除く。）の規定により、その者の遺族年金を受ける権利が消滅した場合

イ その者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の数に増減を生じた場合

ウ 遺族補償年金を受ける権利を有する妻にその者と生計を同じくしている他の遺族で遺族補償年金を受けることができないものがない場合において、その妻が55歳に達したとき（条例第16条第1項第4号に規定する状態にあるときを除く。）又は条例第16条第1項第4号に規定する状態になり若しくはその事情がなくなったとき（55歳以上であるときを除く。）

2 補償を受ける権利を有する者が死亡した場合には、その者の遺族は、遅滞なく、その旨を実施機関に届け出なければならない。

3 前2項の届出をする場合には、その事実を証明することができる書類その他の資料を実施機関に提出しなければならない。

(福祉事業の種類)

第25条 条例第22条第1項に規定する福祉事業の種類は、次のとおりとする。

(1) 外科後処置に関する事業

(2) 補装具に関する事業

(3) リハビリテーションに関する事業

(4) アフターケアに関する事業

(5) 休業援護金の支給

(6) 在宅介護を行う介護人の派遣に関する事業

(7) 奨学援護金の支給

(8) 就労保育援護金の支給

- (9) 傷病特別支給金の支給
- (10) 障害特別支給金の支給
- (11) 遺族特別支給金の支給
- (12) 障害特別援護金の支給
- (13) 遺族特別援護金の支給
- (14) 傷病特別給付金の支給
- (15) 障害特別給付金の支給
- (16) 遺族特別給付金の支給
- (17) 障害差額特別給付金の支給
- (18) 長期家族介護者援護金の支給

2 条例第22条第2項の福祉事業の種類は、次のとおりとする。

- (1) 公務上の災害の防止に関する活動を行う団体に対する援助に関する事業
- (2) 公務上の災害を防止する対策の調査研究に関する事業
- (3) 公務上の災害を防止する対策の普及及び推進に関する事業  
(福祉事業の実施)

第26条 実施機関は、福祉事業を行うに当たっては、その内容について企業長と協議しなければならない。

(福祉事業の申請等)

第27条 第22条第1項の福祉事業を受けようとする者は、実施機関の定めるところにより、申請書を実施機関に提出しなければならない。

2 実施機関は、前項の申請書を受理したときは、速やかに申請者に対し、承認するかどうかを通知しなければならない。

### 第3章 審査

(審査の申立て)

第28条 補償の実施について不服がある者が条例第23条第1項の規定により審査を申し立てようとするときは、これを書面でしなければならない。

2 前項の書面には、次に掲げる事項を記載し、審査を申し立てようとする者が記名して、正副2通を、書類、記録その他の資料を添えて奈良県広域水道企業団公務災害補償等審査会に提出しなければならない。

- (1) 災害を受けた者の氏名、住所及び生年月日並びに災害発生当時の職及び所属部局
- (2) 申立人が災害を受けた職員以外の者であるときは、その氏名、住所及び生年月日並びにその職員との続柄又は関係
- (3) 補償に関する実施機関の措置
- (4) 申立ての趣旨

(5) 代理人を選任したときは、その者の氏名、住所及び職業

(6) 申立ての年月日

3 前項の記載事項に変更を生じた場合には、申立人は、その都度、その旨を速やかに奈良県広域水道企業団公務災害補償等審査会に届け出なければならない。

#### 第4章 雑則

(第三者の行為による災害についての届出)

第29条 補償の原因である災害が第三者の行為によって生じたときは、補償を受けるべき者は、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分からないときは、その旨）並びに被害の状況を遅滞なく、実施機関に届け出なければならない。

(旅費の支給)

第30条 条例第24条第1項の規定により出頭した者に対する旅費の支給については、別に定めるところによる。

(通勤による災害に係る一部負担金)

第31条 条例第27条第1項に規定する規則で定める職員は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 第三者の加害行為によって通勤による災害を受けた者

(2) 療養開始後3日以内に死亡した者

(3) 休業補償を受けない者

(4) 同一の通勤による災害に関し、既に一部負担金を払い込んだ者

(5) 船員法（昭和22年法律第100号）第1条に規定する船員である者

2 条例第27条第1項に規定する規則で定める金額は、200円（健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第2項に規定する日雇特例被保険者である職員にあっては、100円）とする。ただし、当該額が、現に療養に要した費用の総額又は休業補償の総額を超える場合には、それらの総額のうち小さい額（それらの総額が同じ額るときはその額）に相当する額とする。

(審査の申立ての教示)

第32条 実施機関は、条例又はこの規則に基づく補償に関する通知をするときは、第28条に定めるところにより審査の申立てをすることができる旨を教示するものとする。

(公署の長の助力等)

第33条 補償を受けるべき者が、事故その他の理由により、自ら補償の請求その他の手続を行うことが困難である場合には、職員の勤務する公署の長は、その手続を行うことができるよう助力しなければならない。

- 2 職員の勤務する公署の長は、補償を受けるべき者から補償を受けるために必要な証明を求められた場合には、速やかに証明をしなければならない。
- 3 前2項の規定は、第25条第1項の福祉事業を受けようとする者について準用する。

(記録簿)

第34条 実施機関は、災害補償記録簿及び福祉事業記録簿（第22号様式）並びに年金記録簿（第23号様式）を備え、必要な事項を記入しなければならない。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(葬祭補償の額の特例)

- 2 第13条の規定による金額が補償基礎額の60倍に相当する金額に満たないときは、条例第20条に規定する規則で定める金額は、当分の間、第13条の規定にかかわらず、補償基礎額の60倍に相当する金額とする。

(障害補償年金前払一時金)

- 3 条例附則第4条第1項の規定による障害補償年金前払一時金の支給に係る申出は、障害補償年金の最初の支払に先立ってしなければならない。ただし、既に障害補償年金の支払があった場合であっても、実施機関の行う当該障害補償年金の支給の決定に関する通知があった日の翌日から起算して1年を経過する日までの間は、当該申出をすることができる。

- 4 前項の申出は、同一の災害につき2回以上行うことができない。

- 5 障害補償年金前払一時金の額は、当該障害補償年金前払一時金に係る障害補償年金に係る障害等級に応じ、それぞれ条例附則第3条第1項の表の右欄に掲げる額（当該障害補償年金が、条例第21条において例によることとされている地方公務員災害補償法第29条第8項の規定によるものである場合（次項において「障害加重の場合」という。）にあっては、次項に定める額。以下「障害補償年金前払一時金の限度額」という。）又は障害補償年金前払一時金の限度額の範囲内で、補償基礎額の1,200倍、1,000倍、800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうちから当該障害補償年金を受ける権利を有する者が選択した額とする。ただし、附則第3項ただし書の規定による申出が行われた場合には、補償基礎額の1,200倍、1,000倍、800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうち、当該障害補償年金に係る障害等級に応じ、それぞれ障害補償年金前払一時金の限度額から当該申出が行われた日の属する月までの期間に係る当該

障害補償年金の額の合計額を差し引いた額を超えない範囲内で当該障害補償年金を受ける権利を有する者が選択した額とする。

6 障害加重の場合の障害補償年金に係る障害補償年金前払一時金の限度額は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該各号に掲げる額とする。

(1) 加重前の障害の程度が条例別表第2に定める第7級以上の障害等級に該当する場合 加重後の障害等級に応じそれぞれ条例附則第3条第1項の表の右欄に掲げる額から、加重前の障害等級に応じそれぞれ同表の右欄に掲げる額を差し引いた額

(2) 加重前の障害の程度が条例別表第2に定める第8級以下の障害等級に該当する場合 加重後の障害等級に応じそれぞれ条例附則第3条第1項の表の右欄に掲げる額に、当該障害補償年金に係る地方公務員災害補償法施行規則第27条の規定の例による金額を当該障害補償年金に係る加重後の障害の程度に応ずる条例第12条の規定による金額で除して得た数を乗じて得た額

7 障害補償年金は、附則第3項本文の規定による申出が行われた場合にあっては、当該障害補償年金を支給すべき事由が生じた日（同項ただし書の規定による申出が行われた場合にあっては、当該申出が行われた日）の属する月の翌月から、次に掲げる額の合計額が当該障害補償年金前払一時金の額に達するまでの間、その支給を停止するものとする。

(1) 当該障害補償年金に係る障害補償年金前払一時金が支給された月後の最初の障害補償年金に係る支払期月から1年を経過する月以前の各月（附則第3項ただし書の規定による申出が行われた場合にあっては、当該申出が行われた日の属する月の翌月以後の月に限る。）に支給されるべき障害補償年金の額

(2) 前号の支払期月から1年を経過する月後の各月に支給されるべき障害補償年金の額を、負傷若しくは死亡の原因である事故の発生の日又は診断によって疾病の発生が確定した日（以下「災害発生の日」という。）における法定利率に当該支払期月以後の経過年数（当該年数に1年未満の端数があるときは、これを切り捨てた年数）を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額

8 前項の規定による障害補償年金の支給の停止が終了する月に係る障害補償年金の額は、当該終了する月が、同項に規定する支払期月から起算して1年以内の場合にあっては、当該障害補償年金前払一時金の額から同項の規定により各月に支給されるべき当該障害補償年金の額の全額につき支給が停止される期間に係る同項の規定による合計額（以下この項において「全額停止期

間に係る合計額」という。)を差し引いた額、当該支払期月から起算して1年を超える場合にあつては、当該障害補償年金前払一時金の額から全額停止期間に係る合計額を差し引いた額に災害発生の日における法定利率に当該終了する月の同項に規定する経過年数を乗じて得た数に1を加えた数を乗じて得た額を、それぞれ当該終了する月に支給されるべき当該障害補償年金の額から差し引いた額とする。

9 条例附則第5条第1項の規定による遺族補償年金前払一時金の支給に係る申出は、遺族補償年金の最初の支払に先立ってしなければならない。ただし、既に遺族補償年金の支払があつた場合であっても、実施機関の行う当該遺族補償年金の支給の決定に関する通知があつた日の翌日から起算して1年を経過する日までの間は、当該申出をすることができる。

10 前項の申出は、同一の災害につき2回以上行うことができない。

11 第16条の規定は、遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が2人以上あるときにおける遺族補償年金前払一時金の請求及び受領について準用する。

12 遺族補償年金前払一時金の額は、補償基礎額の1,000倍、800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうち、当該遺族補償年金前払一時金に係る遺族補償年金を受ける権利を有する遺族(前項の規定により代表者が選任された場合には、当該代表者。以下この項において同じ。)が選択した額とする。ただし、附則第9項ただし書の規定による申出が行われた場合には、補償基礎額の800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうち、補償基礎額の1,000倍に相当する額から当該申出が行われた日の属する月までの期間に係る当該遺族補償年金の額の合計額を差し引いた額を超えない範囲内で当該遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が選択した額とする。

13 遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が2人以上あるときは、遺族補償年金前払一時金の額は、前項の規定にかかわらず、同項に規定する額をその人数で除して得た額とする。

14 遺族補償年金は、附則第9項本文の規定による申出が行われた場合にあつては、当該遺族補償年金を支給すべき事由が生じた日(同項ただし書の規定による申出が行われた場合にあつては、当該申出が行われた日)の属する月(条例附則第7条第1項の規定に基づき遺族補償年金を受けることができることとされた遺族であつて当該遺族補償年金を受ける権利を有することとなつたもの(以下この項において「特例遺族補償年金受給権者」という。))が附則第9項本文の規定による申出を行った場合にあつては、その者が60歳(以下この項及び附則第18項において「支給停止解除年齢」という。)

に達する月)の翌月から、次に掲げる額の合計額(特例遺族補償年金受給権者が附則第9項本文の規定による申出を行った場合にあっては、支給停止解除年齢に達する月までの間に係る額を除く。)が当該遺族補償年金前払一時金の額に達するまでの間、その支給を停止するものとする。

(1) 当該遺族補償年金に係る遺族補償年金前払一時金が支給された月後の最初の遺族補償年金に係る支払期月(特例遺族補償年金受給権者が支給停止解除年齢に達する前に附則第9項本文の規定による申出を行った場合にあっては、当該特例遺族補償年金受給権者について条例附則第7条第3項本文の規定の適用がないものとした場合における当該遺族補償年金前払一時金が支給された月後の最初の当該遺族補償年金に係る支払期月に当たる月。以下この項及び次項において同じ。)から1年を経過する月以前の各月(附則第9項ただし書の規定による申出が行われた場合にあっては、当該申出が行われた日の属する月の翌月以後の月に限る。)に支給されるべき遺族補償年金の額

(2) 前号の支払期月から1年を経過する月後の各月に支給されるべき遺族補償年金の額を、災害発生の日における法定利率に当該支払期月以後の経過年数(当該年数に1年未満の端数があるときは、これを切り捨てた年数)を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額

15 前項の規定による遺族補償年金の支給の停止が終了する月に係る遺族補償年金の額は、当該終了する月が、同項に規定する支払期月から起算して1年以内の場合にあっては、当該遺族補償年金前払一時金の額から同項の規定により各月に支給されるべき当該遺族補償年金の額の全額につき支給が停止される期間に係る同項の規定による合計額(以下この項において「全額停止期間に係る合計額」という。)を差し引いた額、当該支払期月から起算して1年を超える場合にあっては、当該遺族補償年金前払一時金の額から全額停止期間に係る合計額を差し引いた額に災害発生の日における法定利率に当該終了する月の同項に規定する経過年数を乗じて得た数に1を加えた数を乗じて得た額を、それぞれ当該終了する月に支給されるべき当該遺族補償年金の額から差し引いた額とする。

(通知)

16 実施機関は、条例附則第4条第3項、附則第5条第3項及び附則第7条第3項の支給停止期間が満了したときは、速やかに当該支給停止に係る障害補償年金又は遺族補償年金を受ける権利を有する者に対して、その旨を通知しなければならない。

(届出等)

- 17 年金たる補償を受ける者は、当該補償の事由となった障害又は死亡について条例附則第8条第1項に掲げる年金たる給付が支給されることとなった場合、その給付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には、その事実を明らかにすることができる書類を添えて、速やかにその旨を実施機関に届け出なければならない。
- 18 第23条及び第24条の規定は、条例附則第7条第1項の規定に基づき遺族補償年金を受けることができることとされた遺族で支給停止解除年齢に達しないものがある場合について準用する。この場合において、第23条中「受ける者」とあるのは「受ける権利を有する者」と、「基礎となる遺族」とあるのは「基礎となる遺族（条例附則第7条第1項の規定に基づき遺族補償年金を受けることができることとされた遺族であつて、60歳に達しないものを含む。）」と、第24条第1項中「受ける者」とあるのは「受ける権利を有する者」と読み替えるものとする。

別表（第12条関係）

介護を要する状態の区分	障害
常時介護を要する状態	<p>(1) 神経系統の機能又は精神の著しい障害であって、その程度が常に介護を要するもの</p> <p>(2) 胸腹部臓器の機能の著しい障害であって、その程度が常に介護を要するもの</p> <p>(3) 前2号に掲げるもののほか、条例別表第1に定める第1級に該当する障害であって前2号に掲げるものと同程度の介護を要するもの又は条例別表第2に定める第1級に該当する障害であって前2号に掲げるものと同程度の介護を要するもの</p>
随時介護を要する状態	<p>(1) 神経系統の機能又は精神の著しい障害であって、その程度が随時介護を要するもの</p> <p>(2) 胸腹部臓器の機能の著しい障害であって、その程度が随時介護を要するもの</p> <p>(3) 条例別表第1に定める第1級に該当する障害であって前2号に掲げるものと同程度の介護を要するもの又は条例別表第2に定める第1級に該当する障害であって前2号に掲げるものと同程度の介護を要するもの</p>

第1号様式（第8条関係）

認定通知書

年 月 日

様

（実施機関の職及び氏名）



あなたは、奈良県広域水道企業団議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等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 認定内容
- 2 被災職員の氏名
- 3 傷病名
- 4 災害発生年月日

第2号様式（第14条関係）

療養の給付請求書

認定番号：

（実施機関の長の職氏名）

様

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。

請求年月日：

請求者の住所：

氏名（ふりがな）：

記

- 1 所属部局：
- 2 氏名（生年月日）：
- 3 職種：
- 4 負傷又は発病年月日：
- 5 療養を受けようとする指定医療機関  
住所：  
名称：

注 「5 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住所及び名称を記載し、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住所及び名称を記載してください。

第3号様式（第14条関係）

療養補償請求書		認定番号	
		請求回数	第 回
(実施機関の職氏名)  様  下記の療養補償を請求します。		請求年月日	年 月 日
		請求者の住所  ふりがな 氏 名	
1 補受 賞領 費委 用任 の	この請求書による療養補償の費用の受領を 委任します。 委任者の氏名		
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の住所 氏 名		
2 被災 職員に 関する 事項	所属団体名	所属部局名	
	氏 名	職 種	
	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「9 診療費請求明細」欄記載のとおり		円
4 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「※10 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり <input type="checkbox"/> 看護師 ( 年 月 日から ) 日間 <input type="checkbox"/> 附添婦 <input type="checkbox"/> その他 年 月 日まで		円
	交通費 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回		円
5 移送費	その他の移送費		円

6 上記以外の療養費			円
7 療養補償請求金額 (3~6の合計額)			円
8 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名 銀行 支店	※受理 年月日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	
		口座番号	※決定金額 円
		預金名義者	※通知 年月日
	送金小切手	振込先金融機関名 銀行 支店	
	その他		※支払 年月日

(注意事項)

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないでください。また、該当する口にし印を記入してください。
- 2 「1補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関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だけ記入してください。
- 3 「4看護料(訪問看護を除く。)」及び「5移送費」については、費用の領収書又はこれにかかわる証明書及び明細書を添付してください。
- 4 「6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してください。
- 5 「※9診療費請求明細」の欄の記入にかえて同様事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の証明書を添付しても差し支えありません。
- 6 診療報酬点数の算出ができない場合は、金額で記入してください。

※9 診療費請求明細							
(1) 傷病名	ア		(2) 診療開始日	ア	診療期間	年月日から	
	イ			イ	年月日まで		
	ウ			ウ	診療実日数 日		
					転 帰		
				治ゆ	死亡	中止	
(3) 診療料	初診	時間外・休日・深夜 回 点					
	再診	再 診 回	内 科 再 診 回	時 間 外 回	休 日 ・ 深 夜 回		
		指 導 回					
	往診	普 通 回	夜 間 回	深夜・暴風雨雪・難路回			
(4) 投薬料	内服	薬 剤 単 位	調 処 回				
	屯服	薬 剤 単 位	調 処 回				
	外用	薬 剤 単 位	調 処 回				
(5) 注射料	皮下筋肉内		回				
	静脈内		回				
	その他		回				
(6) 処置料			回				
	薬 剤		回				
(7) 手術・ 麻酔料			回				
	薬 剤		回				
(8) 検料 査			回				
	薬 剤		回				
(9) レント ン料			回				
			回				
(10) そ の 他							
(11)	入院年月日	年 月 日					

病 院 診 療 所	基 食	看 特 2	入院時基本診療料 (室料・看護料・給 食料) 点 食有 × 日間 食無 × 日間 特食 × 日間 入院時医学管理料 2週間以内 × 日間 2週間超～1月以 内 × 日間 1月超～3月以 内 × 日間 3月超 × 日間	.....	
		看 特 1			
	普 食	看 1			
		看 2			
	基 寝 ・ 衣	看 3			
その他					
(12) 診療報酬点数表により計算できる合計額			1点単価		円
(13) 診療報酬点数表により計算できないもの (例えば診断書料・入院室料差額等)					円
(14) 診療費請求合計額			(12) + (13)		円
<p>上記の事項は事実と相違ありません。(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。)</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">診療機関の { 所在地 名称 医師の氏名</p>					
※10 訪問看護事業者の証明			(患者氏名)		
傷病名			(訪問看護期間) 年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回		
傷病の経過					
療本基	保健師、看護師、理学療法士、作業		指示年月日		年 月 日

	療法士	円 × 回 円	主治医への直近報告年月日				年 月 日			
	准看護師	円 × 回 円	訪問日	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				
管 理 費	初日	円								
療 養 費	2回目以降	円								
情 報 提 供			提供した情報の概要							
療 養 費			情報提供先の市町村名							
			円							
ターミナルケ ア 療 養 費			円 (備考)							
			死亡年月日 年 月 日							
合 計			円							
訪問看護の指示を受けた医療機関の名称及び主治医の氏名										
医療機関の名称										
主治医の氏名										
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 住 所										
名 称										
代表者氏名										

第4号様式（第14条関係）

休業補償請求書

		請求回数	第 回				
(実施機関の職氏名)		請求年月日 年 月 日					
様 下記の休業補償を請求します。		請求者の住所					
		ふりがな 氏 名					
1 被災 職員 に 関 する 事 項	所属部局名	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 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em;">{</td> <td>全部休業した日数 日</td> </tr> <tr> <td>一部休業した日数 日</td> </tr> </table>			{	全部休業した日数 日	一部休業した日数 日	
{	全部休業した日数 日						
	一部休業した日数 日						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">( 全部休業した日に支払われた給与の総額 円</td> <td style="border: none;">)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">( 一部休業した日に支払われた給与の総額 円</td> <td style="border: none;">)</td> </tr> </table>				( 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	)
( 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 部 局 の 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 <table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="text-align: right;">所在地</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">所属部局の 名 称</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">長の職氏名</td> </tr> </table>			所在地	所属部局の 名 称	長の職氏名	
所在地							
所属部局の 名 称							
長の職氏名							
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 円 × 請求日数 × $\frac{60}{100}$	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 ( 円 × 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				
	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	傷病名				
	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		現在の状態		
	年 月 日から 年 月 日まで	のう ち	日	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	
7 送 金 希 望 の 場 合	口座振替	振込先金融 機 関 名	銀行 支店	*受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		*決 定 金 額	条例第10条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		口 座 番 号			円
	預金名義者		*通 知	年 月 日	
	送金小切 手	振込先金融 機 関 名	銀行 支店	*支 払	年 月 日
	そ の 他				

注

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないでください。また、該当する口にレ印を記入してください。
- 2 「2 請求日数等」の欄には、奈良県広域水道企業団議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例(令和7年2月条例第31号。以下「条例」という。)第10条ただし書及び奈良県広域水道企業団議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則(令和 年 月規則第 号)第11条に該当する日がある場合は、その日数を控除した日数を記入してください。
- 3 「\*6 医師の証明」の欄には、入院中の場合のように、既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、記入する必要はありません。
- 4 「5 厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、請求する休業補償と同一の事由により条例附則第8条第2項の表の上欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは「 の被保険者である。」の口にレ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してください。  
 なお、この請求書を提出するときに、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名等を記載した書類を添付してください。また、この請求書に係る休業補償の支給決定後に条例附則第8条第2項の表の上欄に掲げる年金たる給付を受けることとなった場合には、速やかにその旨を書類で報告してください。

第5号様式（第14条関係）

障害補償 年 金 請求書  
一 時 金

(実施機関の長の職・氏名)  様  下記の障害補償を請求します。		請求年月日 年 月 日
		請求者の住所  氏 名
1 (所属部局)		
2 (氏 名)  年 月 日生		3 (職 種)
4 (負傷又は 発病年月日)  年 月 日		5 (治癒年月日)  年 月 日
6 (障害の部位及びその程度)		
7 (既存障害とその程度)		
8 障害等級		第 級 号
9 障害補償 請求金額	年 金	(年金補償基礎額) (日数)  × = 円
	一時金	(補償基礎額) (日数)  × = 円
10 厚生年金保険法等 の適用		<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。

11 添付する書類その他の資料名					
12 送金希望の場合	振込先	銀行		支店	
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			
	振込口座	住所			
		氏名			
※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			

注

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないでください。該当する□にレ印を記入してください。
- 2 「6(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」と記入してください。
- 3 「7(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記入し、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してください。
- 4 「10 厚生年金保険法等の適用」の欄には、請求する障害補償年金と同一の事由により奈良県広域水道企業団議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例(令和7年2月条例第31号。以下「条例」という。)附則第8条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「 の被保険者である。」の□にレ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してください。  

なお、この請求書を提出するときに、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名等を記載した書類を添付してください。また、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第8条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受けることとなった場合には、速やかにその旨を書類で報告してください。
- 5 「12送金希望の場合」の欄は、この請求についての補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行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してください。

第6号様式（第14条関係）

障害補償変更請求書

(実施機関の職氏名)  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  住 所 氏 名	
1	現在受けている障害 年金の障害等級	第 級	
2	現在受けている障害 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	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 一時金	(年金補償基礎額) × (日数) = 円
			(補償基礎額) × (日数) = 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 号	※ 決 定 金 額	円

注

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないでください。
- 2 「4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」と記入してください。
- 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その他の書類及び資料を添付してください。

第7号様式（第14条関係）

介護補償請求書				請求回数	第 回
(実施機関の職氏名)  殿  下記の介護補償を請求します。		請求年月日 年 月 日			
		請求者の住所  ふりがな 氏 名			
1 被災職員に 関する事項	所属部局名		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		
5 請求金額等	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 介護に従事した者	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		
			年 月 日～ 年 月 日		
8 送金希望の場合	振 込 み	振込先金融機関名	銀行支店	*受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		*決定金額	円
		<input type="checkbox"/> 座番号			
		預金名義者		*通 知	年 月 日
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行支店	*	

	そ の 他		支 払	年 月 日
--	-------	--	-----	-------

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないでください。また、該当する口にレ印を記入してください。
- 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、一の月ごとに記入してください。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えありません。
- 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してください。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えありません。
- 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付してください。
  - (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ます。）
  - (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補償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 円（随時介護を要する状態にあるときは 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ます。）
  - (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 円（随時介護を要する状態にあるときは 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できます。）

第8号様式（第14条関係）

遺族補償年金請求書

(実施機関の職氏名)  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 氏 名 職員との続柄				
1 死亡職員に関する事項	(所属部局)					
	(氏 名)					
	年 月 日生					
	(職 種)					
	(死亡年月日)					
年 月 日						
厚生年金保険等の適用		<input type="checkbox"/> の被保険者であった。 <input type="checkbox"/> 被保険者でなかった。				
2 請求の事由		<input type="checkbox"/> 職員の死亡 <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ることができる遺族	氏 名	生年月日	住 所	死亡職員との続柄	備 考	
4 既に遺族補償年金を受けているもの	氏 名	生年月日	住 所	死亡職員との続柄	備 考	

5 遺族補償年金請求年額の計算	(年金補償基礎額)(年金額算定の率) × 365 × × $\frac{1}{\text{請求者の数}}$ = 円	
6 遺族補償年金請求金額	<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	円
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	支店	※受理	年 月 日	
	預金科目		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※決定	年 月 日	
	払込口座	住所				※年金証書の番号	第 号
		氏名				※支給開始年	年 月
						※決定金額	<input type="checkbox"/> 請求者1人の場合又は代表者を選任した場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合 円

注

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないでください。該当する□にレ印を記入してください。
- 2 「1 死亡職員に関する事項」の欄中「厚生年金保険等の適用」の項目には、死亡職員又は請求者が奈良県広域水道企業団議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例(令和7年2月条例第31号。以下「条例」という。)附則第8条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付を受ける者であるときは、「 の被保険者であった。」の□にレ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してください。  
 なお、この請求書を提出するときに、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名等を記載した書類を添付してください。また、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第8条第1項の表の中欄に掲げる年金たる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してください。
- 3 「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」、その者が妻で障害等級第7級以上の状態にあるときは「請」「障」、その者が障害等級第7級以上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」と明記してください。

4 「4 既に遺族補償年金を受けている者」の欄は、この記載の事由が職員の死亡以外の場合に記入してください。

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、その補償の事由になった職員の死亡についての遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)及び(3)に掲げる書類は添付する必要はありません。

- (1) 職員の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他職員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し
- (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、本籍及び職員との続柄に関する市町村長又は区長の発行する証明書(戸籍の謄本又は抄本で代えられます。)
- (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職員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職員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級以上の状態にある者のときは、その者が職員の死亡の当時から引き続きそ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及び資料
- (6) 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
- (7) 受給権者が妻で、他に遺族補償年金を受けることができる遺族がない場合に、その者が障害等級第7級以上の状態にあるときは、そ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及び資料
- (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分からないときはそのこと)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のできる書類また、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銀行送金を希望する場合に記入してください。

第9号様式（第14条関係）

障害補償年金差額一時金請求書

(実施機関の職氏名)  様  下記の障害補償年金差額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 死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係	
1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項	所属部局名		氏 名
	職 種		生年月日 年月日(歳)
	死亡年月日 年月日		年金証書の番号 第 号
	死亡時の障害第 級 等級		既存障害と その程度
2 障害補償年金差額一時金請求金額の計算等	受給権者の氏名	死亡職員との続柄又は関係	支給された年 円
			金額の合計
			支給された前 円
			払一時金の額
	(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合計 }
	{ 円 × - 円 }		× $\frac{1}{(\text{受給権者の数})} =$ 円

3 障害補償 年金差額 一時金の 請求金額				円	
4 送金希望の場合	振込先	銀行 支店		※受理	年月日
	預金科目	□普通預金 □当座預金		※決定	年月日
	振込口座	住所		※支払	年月日
		氏名		※決定金額	円

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないでください。また、該当する□にレ印を記入してください。
- 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だけ記入し、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してください。
  - 3 「2 障害補償年金差額一時金請求金額の計算等」の「死亡職員との続柄又は関係」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、併せて記入してください。また「(乗すべき数)」の項には、障害等級に応ずる奈良県広域水道企業団議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例(令和7年2月条例第31号)附則第3条の表の右欄に掲げる補償基礎額に乗ずる数を記入してください。
  - 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付してください。ただし、この請求書の提出前に、他の補償の請求に関し、既に提出されている書類又はその写しについては、添付の必要はありません。
    - (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

第10号様式（第14条関係）

障害補償年金前払一時金請求書

(実施機関の職氏名)  様  下記の障害補償年金前払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	
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ついての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	障害補償年金前払一時金の限度額	(1) 限度額を選択した場合  (補償基礎額) × (乗すべき数)  円 ×    =    円
	補償基礎額の <input type="checkbox"/> 1,200倍 <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍    に相当する額 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍	(2) 限度額以外を選択した場合  (補償基礎額)  円 × 倍 =    円
	請求金額                      円	

送金希望の場合	振込先		銀行 支店	※受理	年月日
	預金科目		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※決定	年月日
	振込口座	住所		※支払	年月日
		氏名		※決定金額	円

注

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないでください。
- 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にだけ記入し、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してください。
- 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ついての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でください。
- 4 「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」の欄については、請求者が選択する口にレ印を記入してください。

第 1 1 号様式 (第 1 4 条関係)

遺族補償年金前払一時金請求書

(実施機関の職氏名)  様  下記の遺族補償年金前払一時金を請求します。	請求年月日                      年    月    日	
	請求者(代表者)の住所 ふりがな                      氏                      名 死亡職員との続柄	
1 遺族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	
2 年金証書の番号	第                      号	
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ついての遺族補償年金の額の合計額	年                      月分から  年                      月分まで                      円	
4 代表者の選任等	<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	
5 請求者(代表者)が 選択する遺族補償 年金前払一時金請求 金額の計算等	□1,000倍 (□1,080倍)  補償基礎額の □ 800倍 □ 600倍 □ 400倍  □ 200倍	(1) 請求額 (補償基礎額) $\text{円} \times \text{倍} \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$
		(2) 請求額の合計額 ((1)の請求額)(受給権者数) $\text{円} \times = \text{円}$

6 送金希望の場合	振込先	銀行    支店
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	振込口座	住所
		氏名

※受理	年    月    日
※決定	年    月    日
※支払	年    月    日
※決定金額	円

注

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないでください。
- 2 「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ついての遺族補償年金の額の合計金額」の欄には、遺族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でください。
- 3 「4 代表者の選任等」の欄には、該当する口にレ印を記入してください。
- 4 「5 請求者(代表者)が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算等」の欄については、請求者(代表者)が選択する口にレ印を記入してください。
- 5 この請求書には、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、そのことを証明する書類、また、代表者が選任しないときは、そのことを記載した書類を添付してください。

第12号様式（第14条関係）

遺族補償一時金請求書

(実施機関の職氏名)  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 氏 名 職員との続柄 又は関係	
1 死する事項 死亡職員(関係)	(所属部局)		
	(氏 名)		年 月 日生
	(職 種)		
	(死亡年月日)		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	死亡職員との続柄又は関係
	$\left( \begin{array}{l} \text{補償基礎額} \quad (\text{日数}) \quad \left[ \text{支給された年金額の総計} \right] \\ \left( \quad \times \quad - \quad \right) \\ \times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \quad \text{円} \end{array} \right)$		
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
			円
			円
			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 支店	※受理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※決定	年 月 日
	振込口座	住所	※支払	年 月 日
		氏名	※決定金額	円

## 注

- 1 請求者は、※印の欄は記入しないでください。該当する口にレ印を記入してください。
- 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」の欄にはすべての受給権者について記入してください。
- 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は、この請求書の提出前に補償の事由になった職員の死亡についての遺族補償年金の支給が行われていた場合に記入してください。
- 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付してください。ただし、この請求書は提出前に、補償の事由になった職員の死亡についての遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)に掲げる書類を添付する必要はありません。
  - (1) 職員の死亡診断書、死体検案調書、検視調書、その他職員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し
  - (2) 請求者の氏名、本籍及び職員との続柄又は関係に関する市町村長又は区長の発行する証明書(戸籍の謄本又は抄本でかえられます)。
  - (3) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、職員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) 職員の死亡についての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) 請求者が職員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場合は、職員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、職員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、主として職員の収入によって生計を維持していた者であるときは、職員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、職員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分からないときはそのこと)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銀行送金を希望する場合に記入してください。

第13号様式（第14条関係）

葬 祭 補 償 請 求 書

(実施機関の職氏名)  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 氏 名  職員との続柄 又は関係
1 死亡 事項 に 関 する	(所属部局)	
	(氏 名)	年 月 日生
	(職 種)	
	(死亡年月日)	年 月 日
2 葬祭補償請求金額		(A)(B)のいずれか高い額 円
		(内 訳)  (補償基礎額) (A) 315,000円+ 円 × 30 = 円 (B) (補償基礎額) 円 × 60 = 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 支店	※受理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※決定	年 月 日
	振込口座	住所	※支払	年 月 日
		氏名	※決定金額	円

注

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないでください(該当する口にレ印を記入してください。)
- 2 「4 送金希望の場合」の欄は、補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入してください。
- 3 この請求書には、葬祭を行った事実を認めることのできる書類を添付してください。

第14号様式（第14条関係）

未支給の補償請求書

(実施機関の職氏名)  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 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		年金である補償のときは年金証書の番号	第 号
3 未支給の補償請求額		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 支店	※ 受 理	年 月 日
	預 金 科 目		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※ 決 定	年 月 日
	振 込 口 座	住 所		※ 支 払	年 月 日
		氏 名		※ 決 定 金 額	円

注

- この請求書は、未支給の補償(傷病補償年金を除く。)を請求する場合に用いてください。
- 請求者は、※印の欄には記入しないでください。
- 「5 送金希望の場合」の欄は、補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入してください。
- この請求書には、次に掲げる書類又は資料を添付してください。ただし、請求者が、未支給の補償と併せて、遺族補償を請求する場合には、その遺族補償を請求するために提出すべき書類又は資料については、添付する必要はありません。

- (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し
- (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し、市町村長又は区長の発行する証明書(戸籍の謄本又は抄本で代えられます。)
  - イ 請求者が死亡受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたこと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、死亡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には、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、この請求についての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、その請求を行う場合に必要な書類その他の資料

第15号様式（第18条関係）

遺族補償年金支給停止申請書

(実施機関の職氏名)  様  下記の所在不明者についての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 第 号 住 所 氏 名 生 年 月 日 年 月 日 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 所在不明になった年月日 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

- 申請者は、※印の欄には記入しないでください。
- 「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ありません。
- 「申請者の同順位者」の欄には、所在不明者と同順位者があるときについて記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項には記入しないでください。
- 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してください。

第16号様式（第18条関係）

遺族補償年金支給停止解除申請書

(実施機関の職氏名)  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  氏 名  生 年 月 日
支給停止になった年月	年 月

※ 受 理	年 月 日	※ 決定内容	年 月分から解除
※ 決 定	年 月 日		

注

- 1 申請者は、※印の欄には記入しないでください。
- 2 この申請書を提出するときには、併せて年金証書を提出してください。

第17号様式（第19条関係）

	<p style="text-align: right;">第 号</p> <p style="text-align: center;">年 金 証 書</p>
--	--

<p>受給権者の氏名</p> <p style="text-align: right;">年 月 日生</p> <p>補償の種類</p> <p>支給開始年月 年 月</p> <p>議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の規定により上記のとおり支給します。</p> <p>(実施機関名)</p> <p style="text-align: right;">印</p>	<p style="text-align: center;">〔注意事項〕</p> <p style="text-align: center;">(別記のとおり)</p>
---	---

別記

〔注 意 事 項〕

- 1 この証書は、奈良県広域水道企業団議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例(令和7年2月条例第31号。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ので、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。
- 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実施機関に届け出るとともに、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昭和61年3月以前から支給され、かつ、現に年金を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が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及び請求者が妻で、他に遺族補償年金を受けることができる遺族がない場合に、次のいずれかに該当したとき。
    - ア その妻が条例別表第2に定める第7級以上の状態にある場合を除き、55歳に達したとき。
    - イ その妻が55歳以上である場合を除き、条例別表第2に定める第7級以上の状態になり、又はその事情がなくなったとき。
- 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 年金受給者(遺族補償年金の場合にあっては被災職員の妻であった者に限る。)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損傷したときは再交付を実施機関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 あらかじめ実施機関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実施機関に対し傷病の現状、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、この証書を実施機関に返納してください。年金を受ける権利を失う場合は、次にいずれかに該当した場合は。
  - (1) 傷病補償年金の場合
    - ア 受給権者が死亡した場合
    - イ 条例別表第1の備考の規定によりその例によることとされている地方公務員災害補償法施行規則別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
    - ア 受給権者が死亡した場合
    - イ 条例別表第2の障害の等級の第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(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
    - ウ 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
    - エ 離縁によって死亡した職員との親族関係が終了した場合
    - オ 受給権者が死亡した職員の子、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(その者が職員の死亡の時から引き続き条例別表第2に定める第7級以上の状態にある場合を除く。)
    - カ 条例別表第2に定める第7級以上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 実施機関又は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、又は医師の診断を拒んだ者は、条例第29条の規定により、20万円以下の罰金に処せられます。

第18号様式（第22条関係）

療養の現状等に関する報告書		認定 番号
<p>(実施機関の職氏名)</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p>下記のとおり療養の現状等について報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">報告者の住所 ふりがな 氏 名</p>		
1 負傷又は発病の年月日	年 月 日	
2 療養開始の年月日	年 月 日	
3 傷 病 名		
4 療 養 の 経 過		
5 日 常 生 活 の 概 要		

<p>*6 医 師 の 証 明</p>
<p>(1) 傷病の種類(傷病名・傷病の部位等)</p>
<p>(2) 傷病の経過及び治療方法の概要</p>
<p>(3) 傷病の現状</p>
<p>(4) 傷病の今後の見込み</p>
<p>(報告者の氏名)</p> <p style="text-align: center;">については上記のとおりであると認めます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名 称</p> <p style="text-align: right;">医師の氏名</p>

〔注意事項〕 報告者は、\*印の欄には記入しないでください。

第19号様式（第23条関係）

傷病の現状報告書					認定 番号	
(実施機関の職氏名) 様 下記のとおり傷病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		年 月				
3 傷病等級		第 級				
4 傷病の状況						
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 事務所名等	
		円	第 号	年 月		
		円	第 号	年 月		
* <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責)						

\* 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"/> 隨時他人 <sup>が</sup> 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

所 在 地

医療機関の 名 称

医師の氏名

[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してください。
- 2 報告者は、\*印の欄には記入しないでください。
- 3 「4 傷病の状況」の欄には、最近1年間について記入してください。
- 4 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入してください。また、この間に、所属団体を退職した場合はその年月日、理由等を記入してください。

第20号様式（第23条関係）

障害の現状報告書

<p>(実施機関の職氏名)</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p>下記のとおり障害の現状を報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">報告者の住所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>					
1 年金証書の番号		第 号			
2 治癒年月日		年 月 日			
3 障害等級		第 級 号			
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 事務所名等
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
<p>* <input type="checkbox"/>支給 <input type="checkbox"/>支給停止(免責)</p>					

\*7 医師の証明

(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 <sup>が</sup> 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<br>) |
| 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<br>) |
| 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<br>) |
| 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"/> 隨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<br>) |
| 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<br>) |

(3) 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

所在地

病院又は診療所の 名 称

医師氏名

注

- 1 報告者は、\*印の欄には記入しないでください。
- 2 「4 障害の状況」の欄の記入に当たっては、最近1年間について記入してください。

第21号様式（第23条関係）

遺族の現状報告書

(実施機関の職氏名)  
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  
住 所  
氏 名

1 死亡職員の氏名		(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ることができる遺族	氏 名	生年月日	住 所	死亡職員との続柄	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	所轄年金事務所名等
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	

\* 支給 支給停止 免責 条例附則第3条の一時金 所在不明

## 注

- 1 報告者は、\*印の欄には記入しないでください。
- 2 受給権者が2人以上あるときで、そのうちの1人を代表者として選任し、その者が遺族補償年金の支給を代表して受けている場合には、その代表者が代表してこの報告書を提出すれば足り、他の受給権者は提出する必要はありません。
- 3 この報告書には、次に掲げる書類を添付してください。
  - (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る市町村長又は区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ることができる遺族については、その事実を認めることのできる書類
  - (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

第22号様式（第34条関係）

災 害 補 償 記 録 簿

通知年月日		年 月 日		災害発生の 日 時		年月日(曜日) 午前・午後 時 分ごろ				<input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償一時金			
被災職員に関する事項	ふりがな 氏 名			災 害 発 生 の 状 況	災害発生の 場 所	<input type="checkbox"/> 施設外 <input type="checkbox"/> 施設内		障 害 補 償	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他		第 級 号		
	生年月日	年 月 日生(歳)			事故の態様	<input type="checkbox"/> 事 故 <input type="checkbox"/> 交通事 故 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 準用 <input type="checkbox"/> 併合繰上げ <input type="checkbox"/> 加重	<input type="checkbox"/> 年 金 額                    円 <input type="checkbox"/> 一 時 金 額                    円	年 月 日支給決定 支 払		
	住 所				災害発生時 の従事職務 認定理由等				遺 族 補 償	<input type="checkbox"/> 遺族補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金 <input type="checkbox"/> 年 金 額                    円 <input type="checkbox"/> 条例附則第3条の 一時金額                    円 (年金支給停止期間 年 月 から 年 月 まで)		年 月 日支給決定 支 払	
	所属部局名				傷病名・傷 病の部位及 び 程 度					<input type="checkbox"/> 一 時 金 額                    円	年 月 日支給決定 支 払		
	職 名				傷病等級該 当 年 月 日	年 月 日				<input type="checkbox"/> 一 時 金 額                    円		年 月 日支給決定 支 払	
	退職年月日	年 月 日			治癒年月日	年 月 日				<input type="checkbox"/> 一 時 金 額                    円		年 月 日支給決定 支 払	
第三者 加害行為		<input type="checkbox"/> 同僚加害 <input type="checkbox"/> 同僚加害以外 <input type="checkbox"/> 自動車事故 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 免責 <input type="checkbox"/> 求償 <input type="checkbox"/> 一部補償		死亡年月日	年 月 日		受 氏 名 死亡職員との続 給 柄 又は 関係 権 者			年 月 日支給決定 支 払			
補償基礎額・年 金補償基礎額		補償基礎額                    円 年月日決定 年金補償基礎額                    円 年月日決定		傷病補償年金		第 級 号		金額                    円		年 月 日支給決定			
故意の犯罪行為 等による制限の 有無及び制限期 間		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 休業補償 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償		年金証書の 記 号 番 号		支給開始年月		所 轄 年 金 事 務 所 名 等		金 額                    円 年 月 日 支払			
条例附則第8条 による調整関係		年金の種類 (障害等級第 級)		年金の年額		第 号		年 月		第 号			
備 考		円		円		年 月		年 月		葬式を行った者の氏 名及び死亡職員との 続柄又は関係			

福 祉 事 業 記 録 簿

1号紙

災害発生年度	年度	職名				
申請者の氏名等	年月日生	被災職員との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 遺族	治癒年月日	年月日	障害補償 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (第 級)
申請者の住所				申請者が遺族の場合被災職員の死亡年月日	年月日	
種類	実施内容			支払金額	支払年月日	備考
外科後処置					年月日 .	
補装具						
リハビリテーション						
アフターケア						
休業援護金						
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						
傷病特別支給金						
障害特別支給金						
遺族特別支給金						
障害特別援護金						
遺族特別援護金						
傷病特別給付金						
障害特別給付金						
遺族特別給付金						
障害差額特別給付金						
長期家族介護者援護金						
振込先金融機関名	銀行		支店			
口座番号						



第23号様式（第34条関係）

傷病補償年金記録簿

1号紙

受給権者の氏名 ・生年月日		年 月 日生( 歳)		年金証書の番号 第 号		受給権者の住所							
傷病等級		第 級( 年 月 日 決 定)				傷病の名称、部位及びその状態							
		第 級( 年 月 日 決 定)											
		第 級( 年 月 日 決 定)				故意の犯罪行為等 による制限の有無 及び制限期間		<input type="checkbox"/> 有 年 月 日から <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで					
支給開始年月		年 月											
条例附則第8条 による調整関係		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		所轄年金事務所名等		備 考	
				円		第 号		年 月					
				円		第 号		年 月					
傷病補償年金の年額	支給年月		補償 基礎額	年金補償 基礎額	条例第8条の 2による年金 額	条例附則第5条に よる調整又は条例 第10条による制限 後の年金額	傷病補償年金の年額	支給年月		補償 基礎額	年金補償 基礎額	条例第11 条による 年金額	条例附則第8条に よる調整又は条例 第13条による制限 後の年金額
	年 月から		円	円	円	円		年 月から		円	円	円	円
	年 月から							年 月から					
	年 月から							年 月から					
	年 月から							年 月から					
振込先金融機関名			銀行 支店			備 考							
口座番号													

支給に係る月	年齢	支払年月日	支払金額	備考
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
年月～年月分	歳	年月日	円	
累		計		

障 害 補 償 年 金 記 録 簿

1号紙

受給権者の氏名 ・ 生 年 月 日		年 月 日生( 歳)		年金証書の番号 第 号		受給権者の住所							
障 害 等 級		第 級( 年 月 日 決 定)				障害の部位及びその状態							
		第 級( 年 月 日 決 定)											
		第 級( 年 月 日 決 定)				故意の犯罪行為等 による制限の有無 及び制限期間		<input type="checkbox"/> 有 年 月 日から <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで					
支給開始年月		年 月											
条例附則第8条 による調整関係		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		所轄年金事務所名等		備 考		
			円		第 号		年 月						
			円		第 号		年 月						
障 害 補 償 年 金 の 年 額	支 給 年 月	補償基礎額	年金補償 基 礎 額	条例第12条に よる年金額	条例附則第8条に よる調整又は条例 第13条による制限 後の年金額		障 害 補 償 年 金 の 年 額	支 給 年 月	補償基礎額	年金補償 基 礎 額	条例第12条に よる年金額	条例附則第8条に よる調整又は条例 第13条による制限 後の年金額	
	年 月から	円	円	円	円			年 月から	円	円	円	円	
	年 月から							年 月から					
	年 月から							年 月から					
	年 月から							年 月から					
振込先金融機関名		銀行 支店		備 考									
口 座 番 号													

支給に係る月	年齢	支払年月日	支払金額	備考
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
年 月～ 年 月分	歳	年 月 日	円	
累		計		

死亡職員の氏名・生年月日		年 月 日 生			支給開始年月		年 月						
遺族補償年金受給資格者	氏 名	生年月日	住 所	死亡職員との続柄	受給資格に変動を生じた年月日	その事由	年金証書の番号	備 考					
					年 月 日 .		第 号						
					.		第 号						
					.		第 号						
					.		第 号						
					.		第 号						
条例附則第8条による調整関係	年金の種類		年金の年額		年金証書の記号番号		支給開始年月		所轄年金事務所名等		備 考		
			円		第 号		年 月						
			円		第 号		年 月						
遺族補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	年金補償額基礎	乗ずべき数	条例第16条による年金額	条例附則第8条による調整後の年金額	遺族補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	年金補償額基礎	乗ずべき数	条例第16条による年金額	条例附則第8条による調整後の年金額
	年 月から	円	円		円	円		年 月から	円	円		円	円
	年 月から							年 月から					
	年 月から							年 月から					
	年 月から							年 月から					
	年 月から							年 月から					
振込先金融機関名		銀行 支店		備 考									
口座番号													

支給に係る月	年齢	受給権者氏名	支払年月日	支払金額	支払場所	備考
年 月～ 年 月分	歳		年 月 日	円		
年 月～ 年 月分	歳		年 月 日	円		
年 月～ 年 月分	歳		年 月 日	円		
年 月～ 年 月分	歳		年 月 日	円		
年 月～ 年 月分	歳		年 月 日	円		
年 月～ 年 月分	歳		年 月 日	円		
年 月～ 年 月分	歳		年 月 日	円		
年 月～ 年 月分	歳		年 月 日	円		
年 月～ 年 月分	歳		年 月 日	円		
年 月～ 年 月分	歳		年 月 日	円		
累			計			