

公務災害認定請求書

秋田県市町村総合事務組合管理者 様 次の災害については、公務により生じたものであることの認定を請求します。		請求年月日	年	月	日	
		請求者の住所 (〒 -) ふりがな 氏 名 (印) 被災職員との続柄 連絡先電話番号 -				
事項	1	構成団体名	所属部局・課			
		被災職員に関する	ふりがな氏名	年	月	日生 (歳)
			職種	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
2	災害発生の状況	災害発生の日時	年	月	日 (曜日)	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
		災害発生の場所			
		傷病名	治療見込日数			
		傷病の部位及びその程度	通院 日・入院 日			
		発生の原因及び状況			
3	の長	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。				
構成	の	年	月	日		
証明	団	構成団体長				
体	体	(印)				

[注意事項]

- 1 医師の診断書及びその他必要書類を添付すること。
- 2 該当する□にレ印を記入すること。
- 3 構成団体において上記 2 災害発生の状況についての証明が困難である場合は、3 構成団体の長の証明欄の「及び 2」を二重線で消し、証明できない理由書を添付すること。