

通勤災害認定請求書

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、通勤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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	氏名	年	月	日生 (	歳)	
	職種					
2	災害発生の日時	年	月	日 (	曜日) <input type="checkbox"/> 午前	
					時 分頃	
					<input type="checkbox"/> 午後	
	災害発生の場所					
	傷病名	治療見込日数				
		通院 日・入院 日				
	傷病の部位及びその程度					
	災害発生の日の勤務開始(予定)時刻又は勤務終了の時刻	<input type="checkbox"/> 午前	時	分頃		
		<input type="checkbox"/> 午後				
	災害発生の日に住居を離れた時刻	<input type="checkbox"/> 午前	時	分頃		
	<input type="checkbox"/> 午後					
災害発生の日に勤務場所を離れた時刻	<input type="checkbox"/> 午前	時	分頃			
	<input type="checkbox"/> 午後					
発生の原因及び状況	.....					
	.....					
	.....					
	.....					
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。					
の長	年	月	日			
構成	構成団体長				(印)	
証明						
団体						

[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。