

○警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する規則

昭和60年10月12日公安委員会規則第6号

改正

昭和60年12月公安委員会規則第10号
平成6年12月公安委員会規則第15号
平成14年7月公安委員会規則第11号
平成18年3月公安委員会規則第5号
平成18年6月公安委員会規則第15号
平成18年11月公安委員会規則第18号
平成22年3月公安委員会規則第2号
平成31年4月公安委員会規則第5号
令和元年6月公安委員会規則第1号
令和3年3月29日公安委員会規則第4号
令和6年4月1日公安委員会規則第8号
令和7年5月9日公安委員会規則第9号
令和7年5月30日公安委員会規則第10号

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する規則をここに公布する。

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する規則

(目的)

第1条 この規則は、警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する条例（昭和34年5月青森県条例第35号。以下「条例」という。）第4条の規定に基づき、青森県が行う給付の支給方法及び条例の施行に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(災害発生報告)

第2条 警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律（昭和27年法律第245号。以下「法」という。）第2条に規定する災害が発生した場合には、協力援助が、警察官のいる場所でなされたときは協力援助を受けた警察官を指揮する所属の長が、警察官のいない場所でなされたときは当該場所を管轄する警察署長が、警察本部長（以下「本部長」という。）に対し、協力援助者災害発生報告書（別記様式第1号）により、速やかに報告しなければならない。

2 前項の報告書には、次の各号に掲げる資料を添付しなければならない。

(1) 現認書又は事実調査書

(2) その他災害の発生を認定するために必要な資料

(災害の認定等)

第3条 本部長は、前条第1項に規定する報告を受けたときは、その災害が法第2条に規定する協力援助をしたための災害であるかどうかの認定を速やかに行うものとする。

2 本部長は、前項の場合において、警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律施行令（昭和27年政令第429号。以下「令」という。）第2条及び第2条の2の規定により、県公安委員会の認定を必要とするものについては、その審議を経て措置するものとする。

3 本部長は、第1項の規定により、その災害が法第2条に規定する協力援助をしたための災害であると認定したときは、給付を受ける者に対し、災害給付通知書（別記様式第2号）により、速やかに通知するほか、必要な教示を行うものとする。令第10条の2第1項後段（令第10条の7第6項において準用する場合を含む。）、第10条の3第1項後段、第10条の4第2号、第12条の2若しくは附則第2条第1項若しくは第2項の規定により給付を受けるべき者が生じた場合又は令第9条第2項の規定の適用を受ける胎児であった子が出生により遺族給付年金を受ける権利を有する者となった場合においても、同様とする。

(医療機関等の指定)

第4条 本部長は、法第5条第1項第1号に規定する療養給付を行うため、あらかじめ病院、診療所、薬局又は訪問看護事業者（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。）（以下「指定医療機関等」という。）を指定することができる。

第4条の2 令第7条の2第1項第3号の規定を準用する本部長が定める施設は、次の各号に掲げる

施設とする。

- (1) 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホーム
- (2) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号）第39条に規定する施設（身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な被爆者を入所させ、必要な養護を行う施設に限る。）
（休業給付を行わない期間）

第4条の3 令第13条の規定を準用する本部長が定める期間は、次の各号に掲げる期間とする。

- (1) 拘禁刑若しくは拘留の刑の執行のため刑事施設（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。）に拘置されている期間若しくは被留置受刑者として留置施設に留置されている期間、死刑の言渡しを受けて刑事施設に拘置されている期間、労役場留置の言渡しを受けて労役場に留置されている期間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（監置の裁判の執行を受ける者を刑事施設又は留置施設に留置する場合における当該刑事施設又は留置施設を含む。）に留置されている期間
- (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、収容されている期間、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、収容されている期間又は同法第66条の規定による決定により少年院に収容されている期間
（年金たる給付以外の給付請求及び支給決定）

第5条 傷病給付年金、障害給付年金又は遺族給付年金（以下「年金たる給付」という。）以外の給付を受けようとする者は、当該給付の種類に応じ、それぞれ、次の各号に定める給付の請求書を本部長に提出するものとする。ただし、指定医療機関等において療養を受けている場合の療養給付については、この限りでない。

- (1) 療養給付請求書（別記様式第3号）
- (2) 障害給付一時金請求書（別記様式第4号）
- (3) 介護給付請求書（別記様式第4号の2）
- (4) 遺族給付一時金請求書（別記様式第5号）
- (5) 葬祭給付請求書（別記様式第6号）
- (6) 未支給の給付請求書（別記様式第7号）
- (7) 休業給付請求書（別記様式第8号）

2 介護給付請求書には、次の各号に掲げる書類を添付するものとする。ただし、第2回目以後の請求書を提出する場合は、介護を要する状態に変更がないときは、第1号に掲げる書類の添付を、介護に従事した者に変更がないときは、第3号に掲げる書類の添付を、それぞれ省略することができる。

- (1) 常時又は随時介護を要する状態にあることを示す医師等の証明書又はその写し
- (2) 令第7条の2第2項第1号又は同項第3号の規定の適用を受けようとするときは、介護を受けた年月日及び時間並びに当該介護に要する費用として支出された額を証明する書類
- (3) 令第7条の2第2項第2号又は同項第4号の規定の適用を受けようとするときは、親族又はこれに準ずる者から介護を受けたことを示す書類

3 遺族給付一時金請求書には、次の各号に掲げる書類を添付するものとする。ただし、その請求書の提出前に、当該給付の事由となった協力援助者の死亡（令第12条の規定により死亡と推定された場合を含む。以下この項及び第7条において同じ。）に係る遺族給付年金の支給が行われていたときは、第1号に掲げる書類の添付を省略することができる。

- (1) 協力援助者の死亡診断書、死体検案書その他協力援助者の死亡の事実を証明することのできる書類又はその写し
- (2) 請求者の氏名、本籍及び協力援助者との続柄を証明する戸籍謄本又は抄本その他の証明書
- (3) 請求者が婚姻の届出をしていないが、協力援助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、その事実を証明することのできる書類
- (4) 遺族給付年金を受けることができる遺族がなく、かつ、請求者に令第10条の5の規定による先順位者がないことを証明することのできる書類
- (5) 請求者が令第10条の5第1項第2号の規定に該当する者であるときは、協力援助者の死亡の

当時その収入によって生計を維持していた事実を証明することのできる書類

(6) 請求者が令第10条の5第1項第3号の規定に該当する者であるときは、協力援助者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証明することのできる書類

(7) 請求者が令第10条の5第3項に規定する遺言又は予告で特に指定された者であるときは、これを証明することのできる書類

4 未支給の給付請求書には、次の各号に掲げる書類を添付するものとする。ただし、請求者が、未支給の給付と併せて遺族給付を請求する場合においては、当該遺族給付を請求するために提出すべき書類と同じものについては、その添付を省略することができる。

(1) 死亡受給権者(給付を受ける権利を有する者が死亡した場合における当該死亡した者をいう。以下同じ。)の死亡診断書、死体検案書その他死亡受給権者の死亡の事実を証明することのできる書類又はその写し

(2) 未支給の給付が遺族給付年金以外の給付であるときは、次に掲げる書類

イ 請求者の氏名、本籍及び死亡受給権者との続柄を証明する戸籍謄本又は抄本その他の証明書

ロ 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、その事実を証明することのできる書類

ハ 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事実を証明することのできる書類

(3) 請求者が配偶者(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を含む。)以外の者であるときは、令第12条の2第2項の規定による先順位者のないことを証明することのできる書類

(4) 死亡受給権者が第1項又は第7条の規定による請求をしていなかったときは、当該請求を行うこととした場合に必要な書類その他の資料

5 本部長は、第1項に規定する請求書を受理した場合には、速やかにこれを審査し、支給に関する決定を行い、請求者に給付決定通知書(別記様式第9号)により、通知するものとする。

(療養給付及び休業給付の支給方法)

第6条 本部長は、療養給付として支給する費用及び休業給付については、毎月1回以上支給を行うものとする。

(年金たる給付の請求及び支給決定)

第7条 年金たる給付を受けようとする者は、当該給付の種類に応じ傷病給付年金請求書(別記様式第10号)、障害給付年金請求書(別記様式第11号)又は遺族給付年金請求書(別記様式第12号)を本部長に提出するものとする。

2 遺族給付年金請求書には、次の各号に掲げる書類及び資料を添付するものとする。ただし、その請求書の提出前に、当該給付の事由となった協力援助者の死亡に係る遺族給付年金の支給が行われていたときは、第1号及び第4号に掲げる書類の添付を省略することができる。

(1) 協力援助者の死亡診断書、死体検案書その他協力援助者の死亡の事実を証明することのできる書類又はその写し

(2) 請求者及び請求者以外の遺族給付年金を受けることができる遺族の氏名、本籍及び協力援助者との続柄を証明する戸籍謄本又は抄本その他の証明書

(3) 請求者が婚姻の届出をしていないが、協力援助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、その事実を証明することのできる書類

(4) 請求者及び請求者以外の遺族給付年金を受けることができる遺族が協力援助者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証明することのできる書類及び資料

(5) 請求者又は請求者以外の遺族給付年金を受けることができる遺族が令第9条第1項第4号に規定する状態にある者であるときは、その者が協力援助者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ことのできる医師の診断書その他の書類及び資料

(6) 請求者以外の遺族給付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、その事実を証明することのできる書類

3 本部長は、第1項に規定する請求書を受理した場合には、速やかにこれを審査し、支給に関する決定を行い、請求者に給付決定通知書により、通知するものとする。

(金融機関の届出等)

第8条 年金たる給付を金融機関で受け取ることを希望する者は、年金受給金融機関届出書（別記様式第14号）を本部長に提出するものとする。

2 前項に規定する届出をした者が、当該届出に係る金融機関を変更する場合には、年金受給金融機関変更届出書（別記様式第15号）を速やかに本部長に提出するものとする。

（協力援助者年金証書）

第9条 本部長は、第7条第3項に規定する通知を行うときは、協力援助者年金証書（以下「証書」という。）（別記様式第16号）を交付するものとする。この場合において、協力援助者年金証書交付簿（別記様式第17号）を備え付け、交付の状況を明らかにしておくものとする。

2 本部長は、既に交付した証書の記載事項（年金の額に係る記載事項を除く。）を変更する必要がある場合には、新たな証書を交付するものとする。

3 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、協力援助者年金証書再交付請求書（別記様式第18号）に亡失の理由を明らかにすることができる書類を添えて、証書の再交付を本部長に請求することができる。

（障害程度の変更）

第10条 令第6条の2第4項又は令第7条第9項に規定する給付を受けようとする者は、傷病給付変更請求書（別記様式第19号）又は障害給付変更請求書（別記様式第20号）を本部長に提出するものとする。

2 傷病給付変更請求書又は障害給付変更請求書には、障害程度の変更があった時期及び変更後の傷病等級又は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するものとする。

3 本部長は、第1項に規定する請求書を受理した場合には、速やかにこれを審査し、支給に関する決定を行い、請求者に傷病給付変更決定通知書（別記様式第21号）又は障害給付変更決定通知書（別記様式第22号）により通知するものとする。第1項に規定する請求によらないで支給に関する決定を行った場合においても、同様とする。

（年金たる給付の額の改定の通知）

第11条 本部長は、年金たる給付の額が改定されることとなるときは、当該年金たる給付を受ける者に対し、年金額変更決定通知書（別記様式第23号）により、その旨を速やかに通知するものとする。

（年金たる給付の請求方法）

第12条 年金たる給付の支給を受けようとする者は、年金支払請求書（別記様式第24号）を、令第10条の9第3項の規定により支払が行われるべき月の前月の末日までに本部長に提出するものとする。

（過誤払による返還金債権への充当の通知）

第13条 本部長は、令第10条の11の規定により、年金たる給付の過誤払による返還金債権に係る債務の弁済をすべき者に支払うべき給付の金額を当該過誤払による返還金債権の金額に充当したときは、当該給付を受ける者に書面により、その旨を速やかに通知するものとする。

2 前項に規定する書面には、次の各号に掲げる事項を記載するものとする。

（1）過誤払による返還金債権に係る年金たる給付の種類及び当該過誤払による返還金債権の金額

（2）支払うべき給付の種類、当該給付の支払金の金額及び当該金額のうち前号に規定する金額に充当した金額

（障害給付年金差額一時金等の支給に関する暫定措置）

第13条の2 障害給付年金差額一時金、障害給付年金前払一時金又は遺族給付年金前払一時金の支給を受けようとする者は、それぞれ、障害給付年金差額一時金請求書（別記様式第24号の2）、障害給付年金前払一時金請求書（別記様式第24号の3）又は遺族給付年金前払一時金請求書（別記様式第24号の4）を本部長に提出するものとする。

2 障害給付年金差額一時金請求書には、次の各号に掲げる書類を添付するものとする。

（1）障害給付年金を受ける権利を有する協力援助者の死亡診断書その他その者の死亡を証明することができる書類又はその写し

（2）障害給付年金差額一時金を受ける権利を有する者と障害給付年金を受ける権利を有する協力援助者との続柄を証明する戸籍謄本又は抄本その他の証明書

（3）障害給付年金差額一時金を受ける権利を有する者が、婚姻の届出をしていないが、障害給付年金を受ける権利を有する協力援助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、その事実を証明することができる書類

- (4) 障害給付年金差額一時金を受ける権利を有する者が令附則第2条第3項第1号に掲げる遺族である場合には、障害給付年金を受ける権利を有する協力援助者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたことを証明することのできる書類
 - (5) 障害給付年金差額一時金を受ける権利を有する者が令附則第2条第4項において準用する令第10条の5第3項に規定する遺言又は予告で特に指定された者であるときは、これを証明することのできる書類
 - (6) 障害給付年金を受ける権利を有する協力援助者が死亡前に第7条の規定による請求をしていなかったときは、その者が当該請求を行うものとした場合に必要な書類その他の資料
- 3 本部長は、第1項に規定する請求書を受理した場合には、速やかにこれを審査し、支給に関する決定を行い、請求者に給付決定通知書により、通知するものとする。

(障害給付年金等の支給停止終了の通知)

第13条の3 本部長は、令附則第3条第5項の規定による障害給付年金の支給の停止又は令附則第4条第4項において準用する令附則第3条第5項若しくは令附則第8条第3項の規定による遺族給付年金の支給の停止が終了したときは、当該障害給付年金を受ける権利を有する協力援助者又は当該遺族給付年金を受ける権利を有する者に対し、年金支給停止期間満了通知書(別記様式第24号の5)により、速やかにその旨を通知するものとする。

(端数の整理)

第14条 令第7条第8項第2号の規定により障害給付年金の額から障害給付一時金の額を控除する場合において、当該障害給付一時金の額を25で除して得た額に1円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。

(遺族給付年金の請求及び受領の代表者)

第15条 遺族給付年金を受ける権利を有する者が2人以上あるときは、そのうちの1人を、遺族給付年金の請求及び受領についての代表者として選任することができる。

- 2 遺族給付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、その事実を証明することができる書類を速やかに本部長に提出するものとする。

(所在不明による支給停止の申請等)

第16条 令第10条の3第1項の規定により遺族給付年金の支給の停止を申請する者は、遺族給付年金支給停止申請書(別記様式第25号)を本部長に提出するものとする。

- 2 令第10条の3第2項の規定により遺族給付年金の支給の停止の解除を申請する者は、遺族給付年金支給停止解除申請書(別記様式第26号)を本部長に提出するものとする。
- 3 本部長は、前2項に規定する申請書を受理した場合には、速やかにこれを審査し、遺族給付年金の支給の停止又は支給の停止の解除に関する決定を行い、申請者に書面によりその旨を通知するものとする。

(療養等の現状に関する報告)

第17条 本部長は、療養給付を受け、かつ、療養の開始後1年6月を経過した日において負傷又は疾病が治っていない者から、同日後1月以内に、その療養又は障害の現状に関し、療養・障害現状報告書(別記様式第27号)を提出させるものとする。

- 2 本部長が必要と認めるときは、前項の規定にかかわらず同項の報告を求めることができる。

(定期報告)

第18条 2年以上療養給付を受けている者又は年金たる給付を受けている者は、毎年2月1日から同月末日までの間にその療養若しくは障害の現状又は遺族給付年金の支給額の算定の基礎となる遺族(令附則第8条第1項の規定により遺族給付年金を受けることができることとされた遺族であって、当該遺族給付年金に係る協力援助者の死亡の時期に応じ、同項の表の下欄に掲げる年齢に達しないものを含む。)の現状に関し、療養・障害現状報告書又は遺族の現状報告書(別記様式第28号)を本部長に提出するものとする。ただし、本部長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19条 年金たる給付を受けている者は、次の各号に掲げる場合には、書面によりその旨を速やかに本部長に届け出るものとする。

- (1) 氏名又は住所を変更したとき。

- (2) 傷病給付年金を受けている者にあつては、その者の障害の状態が警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律施行規則（平成18年国家公安委員会規則第23号。次号において「法施行規則」という。）別表第1に掲げる障害の状態の程度に該当しなくなったとき。
 - (3) 障害給付年金を受けている者にあつては、その者の身体障害が法施行規則別表第2に掲げる障害の程度に該当しなくなったとき。
 - (4) 遺族給付年金を受けている者にあつては、次に掲げるとき。
 - イ 令第10条第4項第2号に該当するに至ったとき。
 - ロ 令第10条の2第1項（同項第1号及び第5号を除く。）の規定により、その者の遺族給付年金を受ける権利が消滅したとき。
 - ハ その者と生計を同じくしている遺族給付年金を受けることができる遺族（令附則第8条第1項の規定により遺族給付年金を受けることができることとされた遺族であつて、当該遺族給付年金に係る協力援助者の死亡の時期に応じ、同項の表の下欄に掲げる年齢に達しないものを含む。）の数に増減を生じたとき（その遺族に令第10条の2第1項第5号に該当するに至った者が生じたときを除く。）。
 - 2 給付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、書面によりその旨を速やかに本部長に届け出るものとする。
 - 3 前2項に規定する届出をする場合には、当該書面にその事実を証明することのできる書類その他の資料を添付するものとする。
- 第19条の2 介護給付を受けている者は、常時介護を要する状態又は随時介護を要する状態のいずれにも該当しなくなった場合には、その事実を証明する資料を添えて、書面によりその旨を速やかに本部長に届け出るものとする。

（記録簿）

第20条 本部長は、災害給付記録簿（別記様式第29号）、傷病給付年金記録簿（別記様式第30号）、障害給付年金記録簿（別記様式第31号）及び遺族給付年金記録簿（別記様式第32号）を備え付け、必要な事項を記入するものとする。

（更正決定の請求及び審査の結果通知）

第21条 給付を受けるべき者は、本部長が行った協力援助したための災害の認定、療養の方法、給付金額の決定その他給付の実施について不服のあるときは、次の各号に掲げる事項を記載した給付更正決定請求書を本部長に提出して、その更正決定を請求することができる。

- (1) 協力援助者の住所、職業、氏名及び生年月日
 - (2) 災害発生の日時及び場所
 - (3) 給付に関する通知の要旨及び年月日
 - (4) 請求の要旨
 - (5) 請求の年月日
 - (6) 請求者の住所、職業、氏名及び生年月日
 - (7) 請求者が協力援助者以外の者であるときは、協力援助者との続柄又は関係
- 2 前項に規定する請求書には、書類、記録その他の決定に必要な資料を添付するものとする。
 - 3 本部長は、第1項に規定する請求書を受理した場合には、これを審査し、請求に関する決定を行い、次の各号に掲げる事項を記載した書面により、請求者に通知するものとする。

- (1) 決定
- (2) 請求の要旨
- (3) 決定の理由

（書類の保存）

第22条 給付に関する書類は、その完結の日から3年間保存しなければならない。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成18年公安委員会規則第5号抄）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。
 - 附 則（平成18年公安委員会規則第15号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成18年公安委員会規則第18号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（身体障害者療護施設に係る経過措置）

2 この規則の施行の際、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）附則第41条第1項の規定により運営をすることができることとされた身体障害者療護施設については、同法附則第1条第3号に掲げる規定の施行の日の前日までの間は、改正後の規則第4条の2の規定にかかわらず、同条に規定する本部長が定める施設とみなす。

附 則（平成22年公安委員会規則第2号）

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則（平成31年公安委員会規則第5号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和元年公安委員会規則第1号）

この規則は、令和元年7月1日から施行する。

附 則（令和3年3月29日公安委員会規則第4号）

（施行期日）

第1条 この規則は、令和3年4月1日から施行する。

（経過措置）

第2条 この規則による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、当分の間、この規則による改正後の様式によるものとみなす。

2 旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（令和6年4月1日公安委員会規則第8号）

（施行期日）

1 この規則は、令和6年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。

3 旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（令和7年5月9日公安委員会規則第9号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の様式（次項において旧様式という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。

3 旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（令和7年5月30日公安委員会規則第10号）

この規則は、令和7年6月1日から施行する。

別記様式第1号（第2条関係）

協力援助者災害発生報告書

| | | |
|--|----------|-------|
| 青森県警察本部長 殿 協力援助者の災害が次のとおり発生したので報告します。 | 報告年月日 | 年 月 日 |
| | 文書番号 | |
| | (報告者の官職) | |
| 1 協力援助を受けた者 官職階級 氏名 (年 月 日生) | | |
| 2 協力援助者 住所 職業 (年 月 日生) 氏名 性別 | | |
| 3 給付を受けるべき者 住所 氏名 (年 月 日生) 協力援助者との続柄又は関係 | | |
| 4 災害発生場所 | | |
| 5 災害発生日時 | | |

| | | |
|---|---------|---------|
| 6 災害発生の経過 | | |
| 7 傷病名 | 8 傷病の部位 | 9 傷病の程度 |
| 10 医師の意見（剖検記録簿等災害が協力援助によるものであるかどうかを認定するため参考となる事項） | | |
| 11 医師の証明 7から9までに記載した事項は、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 病院又は診療所の 名 称 医師氏名 | | |

注 1 各項の欄内に記入できないときは別紙としてもよい。

2 添付された診断書等に7から9まで及び10に掲げる事項が記入されているときは、11の医師の証明は省略してもよい。

3 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第2号（第3条関係）

| 通知年月日 | 年 月 日 | 通知番号 | 第 号 |
|--|-------|------|-----|
| <p>住 所</p> | | | |
| <p>氏 名 殿</p> | | | |
| <p style="text-align: right;">青森県警察本部長</p> | | | |
| <p style="text-align: center;">災 害 給 付 通 知 書</p> | | | |
| <p>あなたは、警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律の規定によ</p> | | | |
| <p>り、下記の災害に対する給付を受けることができますので、通知します。</p> | | | |
| <p style="text-align: center;">記</p> | | | |
| <p>1 災害を受けた者</p> | | | |
| <p>住 所</p> | | | |
| <p>氏 名 (年 月 日生)</p> | | | |
| <p>2 傷病名</p> | | | |
| <p>3 災害発生年月日 年 月 日</p> | | | |

(注 意 事 項)

- 1 あなたは、下記の事由に該当するときは、それぞれの事由に対応する給付を受けることができますので、速やかに請求書を提出してください。
- 2 請求に必要な手続等詳細については、近くの警察署に問い合わせてください。

あなたが受けることができる給付の内容

1 あなたが被災者である場合

(1) 療養給付

協力援助したために受けた負傷又は疾病については、次に掲げるもので、療養上相当と認められるものを療養給付として受けることができます。

ア 診察

イ 薬剤又は治療材料の支給

ウ 処置、手術その他の治療

エ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護

オ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

カ 移送

(2) 傷病給付

協力援助したための負傷又は疾病が療養の開始後1年6月を経過した日以後において、治らないで傷病等級に該当する程度の障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病給付を受けることができます。
なお、傷病給付を受ける場合には休業給付を受けることができません。

(3) 障害給付

協力援助したための負傷又は疾病が治ったとき、障害等級に該当する程度の障害が残ったときは、その程度に応じて障害給付年金又は障害給付一時金を受けることができます。

(4) 障害給付年金前払一時金

障害給付年金を受けることができる場合は、申出により、障害の程度に応じた額の範囲で選択した障害給付年金前払一時金を受けることができます。
なお、この場合、年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(5) 介護給付

傷病給付年金又は障害給付年金を受けることができる場合で、国家公安委員会規則で定める程度の障害により常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、実際に介護を受けているときは、その期間（病院等に入院している期間を除く。）、介護給付を受けることができます。

(6) 休業給付

協力援助したための負傷又は疾病の療養のため従前得ていた収入が得られないときは、その期間、給付基礎額の $\frac{60}{100}$ に相当する金額の休業給付を受けることができます。

2 あなたが被災者以外の者である場合

(1) 遺族給付

あなたが死亡した協力援助者の遺族であって、次のア及びイの要件を充たす場合は、遺族給付年金を受けることができます（遺族給付年金を受けることができる遺族がない場合は、政令の規定により、遺族給付一時金を受けることができます。）。

ア 協力援助者の死亡の当時、その収入によって生計を維持していたこと。

イ 次の表の①から⑦までに掲げる遺族のいずれかに該当し、先順位の者がいないこと（順位は、①から⑦までの番号のとおりであり、⑦に掲げる者の間にあつては、夫、父母、祖父母、兄弟姉妹の順序となります。）。

| 順位 | 遺族 |
|----|---|
| ① | 妻又は60歳以上の夫 |
| ② | 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子 |
| ③ | 60歳以上の父母 |
| ④ | 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある孫 |
| ⑤ | 60歳以上の祖父母 |
| ⑥ | 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか又は60歳以上の兄弟姉妹 |
| ⑦ | 55歳以上60歳未満の夫、父母、祖父母又は兄弟姉妹 |

備考 夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹が、協力援助者の死亡の当時、身体若しくは精神に7級以上の障害等級の障害に該当する程度の障害がある状態又は負傷若しくは疾病が治らないで、身体の機能若しくは精神に軽易な労務以外の労務に服することができない程度以上の故障がある状態にあったときは、①から⑥までに掲げる遺族の年齢に関する要件はなくなります。

ただし、あなたが⑦に掲げる者であるときは、60歳に達するまでの間は、遺族給付年金の支給が停止されます。

なお、協力援助者の死亡した日が次の表の(ア)の欄の区分のいずれかに該当するときは、上の表に掲げる遺族の年金についての要件は、次のようになります。

ア 上の表の①、③、⑤及び⑥に掲げる遺族については、「60歳以上」とある部分は、それぞれ、次の表の(ア)の欄の区分に応じて、(イ)の欄に掲げる年齢となります。

イ 上の表の⑦に掲げる遺族については、「55歳以上60歳未満」とある部分は、それぞれ、次の表の(ア)の欄の区分に応じて、(ウ)の欄に掲げる年齢となります(ただし、上の表の⑦の欄に掲げる者が次の表の(エ)の欄に掲げる年齢に達するまでの間は、遺族給付年金の支給が停止されます。)

| (ア) 協力援助者の死亡した日 | (イ) | (ウ) | (エ) |
|--------------------------|-------|------------|-----|
| 昭和61年9月30日まで | 55歳以上 | | |
| 昭和61年10月1日から昭和62年9月30日まで | 56歳以上 | 55歳 | 56歳 |
| 昭和62年10月1日から昭和63年9月30日まで | 57歳以上 | 55歳以上57歳未満 | 57歳 |
| 昭和63年10月1日から平成元年9月30日まで | 58歳以上 | 55歳以上58歳未満 | 58歳 |
| 平成元年10月1日から平成2年9月30日まで | 59歳以上 | 55歳以上59歳未満 | 59歳 |

(2) 遺族給付年金前払一時金

あなたが遺族給付年金を受けることができる場合は、申出により、一定の額の範囲で選択した遺族給付年金前払一時金を受けることができます。

なお、この場合、年金の支給は、一定期間停止されます。

(3) 葬祭給付

あなたが死亡した協力援助者の葬祭を行った者である場合は、通常葬祭に要する費用を考慮して政令で定める金額の葬祭給付を受けることができます。

(4) 障害給付年金差額一時金

あなたが障害給付年金を受ける権利を有する協力援助者の遺族であって、死亡した協力援助者に支給された障害給付年金及び障害給付年金前払一時金の合計額が政令で定める障害の程度に応じた額(注参照)に満たないときは、その差額に相当する額の障害給付年金差額一時金を受けることができます。

(注) 警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律施行令附則第2条(抄)

| 障害等級 | 額 |
|------|--------------------|
| 1 級 | 給付基礎額に1,340を乗じて得た額 |
| 2 級 | 給付基礎額に1,190を乗じて得た額 |
| 3 級 | 給付基礎額に1,050を乗じて得た額 |
| 4 級 | 給付基礎額に920を乗じて得た額 |
| 5 級 | 給付基礎額に790を乗じて得た額 |
| 6 級 | 給付基礎額に670を乗じて得た額 |
| 7 級 | 給付基礎額に560を乗じて得た額 |

(5) 未支給の給付

あなたが給付の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給されるべき給付でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の給付を受けることができます。

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
別記様式第3号（第5条関係）

療 養 給 付 請 求 書

(1)

| | | 請求回数 | 第 回 |
|--|--|------|-----|
| 青森県警察本部長 殿 次のとおり療養給付を請求します。 | 請求年月日 | 年 | 月 日 |
| | (請求者) 住 所 氏 名 | | |
| (給付費用の受領委任) この請求書による療養給付の費用の受領を _____ に委任します。 氏 名 | | | |
| (委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この請求書による療養給付の費用の支払を請求します。 住所 支払請求者の 氏名 | | | |
| 1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生) | | | |
| 2 負傷又は発病の年月日 年 月 日 午前 時 分 ころ 午後 | | | |
| 3 診 療 費 | 内訳は「10 医師の証明」欄記入のとおり | | 円 |
| 4 調 剤 費 | 内訳は「11 薬剤師の証明」欄記入のとおり | | 円 |
| 5 看 護 料 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「12 訪問看護事業者の証明」欄記入のとおり | | 円 |
| | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 (看護師の資格) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |

| | | | | |
|--------------|--|---|--------|----------------------------------|
| 6 移送費 | (交通費) | | 回 | 円 |
| | から | まで | | |
| | | <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 (その他の移送費) | | |
| 7 上記以外の療養費 | | | | 円 |
| 8 療養給付請求金額 | | | | 円 |
| 9 送金希望の場合 | 銀行振込み | 振込先金融機関名 | 預金名義者名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入不要です。) |
| | | 銀行 | | |
| | 口座の記号番号 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | | | |
| 送金手 | 銀行 | 支店 | | (フリガナ) |
| その他 | | | | 氏名 |
| ※受理 年 月 日 | | ※決定 年 月 日 | | ※支払 年 月 日 |
| | | | | ※決定金額 円 |
| | | | | 添付書類 枚 |

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□に \surd を記入すること。
- 2 「(給付費用の受領委任)」の欄には、診療に当たった医師若しくは医療機関又は調剤に当たった薬剤師若しくは薬局に療養給付の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入し、その他の場合には、記入しないこと。
- 3 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 4 「7 上記以外の療養費」の欄には、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 (2)、(3)又は(4)の用紙の記入に代えて同様事項を記入した医師、薬剤師、柔道整復師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよい。
- 6 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

| | | | |
|---|---------------------------|--------------|-----------------------|
| ※10 医師の証明 | | (患者氏名) | |
| 傷病名 | | (診療期間) | |
| 傷病の経過 (現在の状態) | | 年 月 日 | 年 月 日から 日までに 日間 |
| <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 | | 診療実日数 | 日 |
| 診療費の内訳 | | | 金額 (円) |
| 診 察 | 初 診 | | |
| | 再 診 | | |
| | 往 診 | | |
| | 指 導 | | |
| 投 薬 | 内 服 屯 服 外 用 | (処方内容・使用量等) | |
| 注 射 | 皮下筋肉内 静脈内 その他 | | |
| 処 置 ・ 麻 手 酔 | (処置名・手術名・回数等) | | (手術施行年月日) 年 月 日 |
| 検 査 | (検査名・回数等) | | |
| レ ン ト ゲ ン | 透視診断 写真診断 撮影 造影剤 | (使用フィルム・回数等) | |

| | | | |
|---|-----------|--------------------|---------------------------------|
| その他 | (治療名・回数等) | | |
| 入院 | 入院期間 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 | |
| | 基準給食 | 看特2 | 入院料(室料・看護料・給食料) 入院時医学管理料 |
| | | 看特1 | |
| | 普通給食 | 看1 | |
| | | 看2 | |
| | 基準寝具 | 看3 | |
| その他 | | | |
| 診療費の合計 | | | 円 |
| <p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>病院又は診療所の { 所在地 名 称 医師氏名</p> | | | |

注 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。

| ※11 薬剤師の証明 | | (患者氏名) | | | | | | | |
|-------------------|-----|---------|-----|---------|----|------|----|---------|--------|
| 処方せんを交付した病院又は診療所の | | 所在地 | | | | | | | |
| | | 名称 | | | | | | | |
| | | 医師氏名 | | | | | | | |
| 調剤期間 | | 年 月 日から | | 年 月 日まで | | 日間 | | | |
| | | | | 調剤実日数 | | 日 | | | |
| 調 剤 費 の 内 訳 | | | | | | | | | 金額 (円) |
| 処方月 | 処方日 | 調剤月 | 調剤日 | 剤型 | 処方 | 調剤数量 | 薬価 | 剤格 円 | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|-----|--|--|--|--|--|---|
| 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 月 日 | 月 日 | | | | | | |
| 調剤費の合計 | | | | | | | 円 |
| 処方せんの枚数 | | | | | | | 枚 |
| <p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>薬局の { 所在地 名称 薬剤師氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> | | | | | | | |

注 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。

| | | | | | | | |
|---|-------------------------|---|-------|---|-----|----|-------|
| ※12 訪問看護事業者の証明 | | (患者氏名) | | | | | |
| 傷病名 | | (訪問看護期間) | | | | | |
| 傷病の経過 | | 年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回 | | | | | |
| 基本療養費 | 保健師、看護師、理学療法士、 作業療法士 | 指示年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | 円× 回 円 | 主治医への直近報告年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | 準看護師 | 訪 問 日 | | | | | |
| | 円× 回 円 | 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 初 日 | 円 | | | | | | |
| 療 養 費 2回目以降 回 | 円 | | | | | | |
| 情 報 提 供 療 養 費 | 円 | 提供した情報の概要 | | | | | |
| | | 情報提供先の市町村名 | | | | | |
| ターミナルケア 療 養 費 | 円 死亡年月日 年 月 日 | (備考) | | | | | |
| 合 計 | 円 | | | | | | |
| 訪問看護を指示し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 | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td rowspan="3">}</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>名称</td> </tr> <tr> <td>代表者氏名</td> </tr> </table> | | | | } | 所在地 | 名称 | 代表者氏名 |
| } | 所在地 | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 代表者氏名 | | | | | | |

注 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。
別記様式第4号(第5条関係)

障 害 給 付 一 時 金 請 求 書

| | | |
|--|-------------------|------------------|
| 青森県警察本部長 殿 次のとおり障害給付一時金を請求します。 | 請求年月日 | 年 月 日 |
| | (請求者) 住所 氏名 | |
| 1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生) | | |
| 2 負傷又は発病の年月日 年 月 日 | | 3 治癒年月日 年 月 日 |
| 4 障害等級 | | 第 級 |
| 5 障害の部位及びその程度 | | |
| 6 既存障害とその程度 | | |
| 7 障害給付一時金請求金額 (給付基礎額) (倍 数) 円× = 円 | | |
| 8 添付する書類その他の資料名 | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|-------------------|-----|----------------------------|--------------------------------------|------------|
| 9 送金希望の場合 | 銀行 振込み | 振込先金融機関名 銀行 支店 | | 預 金 名 義 者 名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) | |
| | | 口座の記号番号 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | | | | | |
| | 送金 手切 | 銀行 支店 | | | | |
| その他 | | | | (フリガナ) 氏名 | | |
| ※受理 年 月 日 | | ※決定 年 月 日 | | ※支払 年 月 日 | | ※決定金額 円 |
| ※ 10 給付 基礎 額の 証明 | 給付基礎額 | | | | 円 | |
| | 内 訳 | 基準額 | | | 円 | |
| | | 扶養親族 | 子 | 人 | 円 | |
| | | | その他 | 人 | 円 | |
| | 給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 青森県警察本部長 | | | | | | |

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「5 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付された診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書の記載事項のとおり」と記入すること。
- 3 「6 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するものとし、既存障害について障害給付を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 4 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その他の書類及び資料を添付すること。
- 5 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
- 別記様式第4号の2（第5条関係）

介護給付請求書

| | | | | | | |
|--|---------|------------------|---|--------------|------|------------|
| | | | | 請求回数 | 第 | 回 |
| 青森県警察本部長 殿 | | | 請求年月日 | 年 月 日 | | |
| 下記のとおり介護給付を請求します。 | | | (請求者) 住所 氏名 | | | |
| 1 協力援助者 住所 氏名 (年 月 日生) | | | | | | |
| 2 負傷又は発病の年月日 年 月 日 | | | | | | |
| 3 受けている年金の種類 <input type="checkbox"/> 傷病給付年金(傷病等級 級第 号) <input type="checkbox"/> 障害給付年金(傷病等級 級第 号) | | | 4 年金証明の番号 第 号 | | | |
| 5 障害の部位及びその程度並びに当該障害に伴う日常生活の状態 | | | 6 介護を要する状態の区分 <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 | | | |
| 7 請求内容 | 請求対象年月日 | 介護に要する費用として支出した額 | 親族等から介護を受けた日の有無 | | 請求月額 | |
| | 年 月 | 円 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 円 | |
| | 年 月 | 円 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 円 | |
| 8 介護を受けた場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等(名称:) 入院(入所)期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | |
| 9 親族等で介護に従事した者 | 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 | | | |
| 10 介護給付請求金額 | | | | | | |
| 11 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 | | ※決定金額 円 |

- 注 1 ※印の欄には記入しないこと。該当する□に✓を記入すること。
- 2 「5 障害の部位及びその程度並びに当該障害に伴う日常生活の状態」の欄については、第1回目の請求を行う場合及び第2回目以降の請求において介護を要する状態に変更があった場合にのみ記入することとし、記入事項が添付する医師等の証明書又はその写しの記載事項と同じであるときは「証明書のとおり」と記入すること。
- 3 この請求書には、常時又は随時介護を要する状態にあることを示す医師等の証明書又はその写しその他必要な書類を添付すること。ただし、第2回目以降の請求において介護を要する状態に変更がない場合は、医師等の証明書又はその写しを添付しなくてもよい。
- 4 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第5号(第5条関係)

遺族給付一時金請求書

| | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|--|-----------------------------------|---|---|---|
| 青森県警察本部長 殿 | | 請求年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| | | (請求者) 住所 氏名 協力援助者との 続柄又は関係 | | | | |
| 次のとおり遺族給付一時金を請求します。 | | | | | | |
| 1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生) | | | | | | |
| 2 負傷又は発病の年月日 年 月 日 | | | | 3 死亡年月日 年 月 日 | | |
| 4 遺族給付一時金請求額の計算 | 受給権者の名 氏 | 生年月日 | 協力援助者との 続柄又は関係 | (給付) (基礎額) (倍数) (支給された 年金及び前 払一時金の 額の総計) | | |
| | | | | (× -) | | |
| | | | | × $\frac{1}{\text{受給権者の数}}$ = 円 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 遺族給付 年金が支 給されて いた場合 | 年金の受給権者であつ た者の氏名 | 年金証書の 番号 | 支給された年金額の合計 (支給された前払一時金 の額) | | | |
| | | | 円 | | | |
| | | | 円 | | | |
| | | | 円 | | | |
| 総 計 | | | 円 | | | |

| | | | | | |
|--------------------|----------------------------------|-------------------|-------|----------------------------|--------------------------------------|
| 5 遺族給付一時金請求金額 | | | | | 円 |
| 6 添付する書類その他の資料名 | | | | | |
| 7 送金希望の場合 | 銀行 振込み | 振込先金融機関名 銀行 支店 | | 預 金 名 義 者 名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) |
| | | 口座の記号番号 | | | |
| | 送金 手 切 手 そ の 他 | 銀行 支店 | | | (フリガナ) 氏 名 |
| | | | | | |
| ※受理 年 月 日 | | ※決定 年 月 日 | | ※支払 年 月 日 | |
| | | | | | ※決定金額 円 |
| ※ 8 給付基礎額の証明 | 給 付 基 礎 額 | | | | 円 |
| | 内 訳 | 基 準 額 | | | 円 |
| | | 扶 養 親 族 | 子 | 人 | 円 |
| | | | そ の 他 | 人 | 円 |
| | 給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 青森県警察本部長 | | | | | |

注1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
別記様式第6号（第5条関係）

葬 祭 給 付 請 求 書

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------|--|--|--------------------------------------|--|
| 青森県警察本部長 殿 次のとおり葬祭給付を請求します。 | | 請求年月日 | 年 月 日 | (請求者) 住所 氏名 協力援助者との 続柄又は関係 | | |
| | | | | | | |
| 1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生) | | | | | | |
| 2 負傷又は発病の年月日 年 月 日 | | | 3 死亡年月日 年 月 日 | | | |
| 4 葬祭給付請求金額 (給付基礎額) (A) 円+ 円×30= 円 (給付基礎額) (B) 円×60= 円 (A)(B)のうち <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B) 円 高い方の金額 | | | | | | |
| 5 | 送 金 希 望 の 場 合 | 銀 行 振 込 み | 振込先金融機関名 | 預 金 名 義 者 名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) | |
| | | | 銀行 支店 | | | |
| | | | 口座の記号番号 | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | | | |
| | | 銀行 支店 | | | (フリガナ) | |
| | | その他 | | | 氏 名 | |
| ※受理 年 月 日 | | ※決定 年 月 日 | | ※支払 年 月 日 | | |
| | | | | ※決定金額 円 | | |

| | | | | | |
|---|-----------|---------|-------|---|---|
| ※ 6 給付基礎額の証明 | 給 付 基 礎 額 | | | 円 | |
| | 内 訳 | 基 準 額 | | 円 | |
| | | 扶 養 親 族 | 子 | 人 | 円 |
| | | | そ の 他 | 人 | 円 |
| <p>給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">青森県警察本部長</p> | | | | | |

注1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
別記様式第7号（第5条関係）

未支給の給付請求書

| | | 請求年月日 | 年 月 日 |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|-------|
| 青森県警察本部長 殿 次のとおり未支給の給付を請求します。 | | (請求者) 住所 氏名 死亡した受給権者との続柄 | |
| 1 協力援助者 | | | |
| 住所 | | | |
| 氏名 (年 月 日生) | | | |
| 2 死亡した受給権者 | | | |
| 氏名 | | | |
| 協力援助者との続柄又は関係 | | | |
| (年 月 日死亡) | | | |
| 3 未支給の給付の種類 | | | |
| (年金たる給付のときは 年金証書の番号 第 号) | | | |
| 4 未支給の給付の請求金額 | | | |
| 円 | | | |
| 5 添付する書類その他の資料名 | | | |

| | | | | | | | |
|--------------|-----------|--|----------------------------|--------------------------------------|--|------------|--|
| 6 送金希望の場合 | 銀行 振込み | 振込先金融機関名 銀行 支店 | 預 金 名 義 者 名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) | | | |
| | | 口座の記号番号 | | | | | |
| | 送金 手切 | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | | (フリガナ) 氏名 | | | |
| | | 銀行 支店 | | | | | |
| その他 | | | | | | | |
| ※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こと。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
別記様式第8号(第5条関係)

休 業 給 付 請 求 書

| | | | |
|---------------------------------|---|--|----------------------------|
| | | 請求回数 | 第 回 |
| 青森県警察本部長 殿 | | 請求年月日 | 年 月 日 |
| 次のとおり休業給付を請求します。 | | (請求者) 住所 氏名 | |
| 1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生) | | | |
| 2 負傷又は発病の年月日 年 月 日 | | | |
| 3 請求日数 | 年 月 日から | 年 月 日まで | のうちの 日 |
| 4 請求金額の計算 | (給付基礎額) | (日数) | 円 × $\frac{60}{100}$ × = 円 |
| 5 休業給付請求金額 | | | 円 |
| ※ 6 医 師 の 証 明 | 傷病名 | 現在の状態 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 | |
| | (請求日数のうち療養のため業務に従事することができなかったと認められる日数 年 月 日から 年 月 日までのうち 日 上記のとおりであると認めます。 | | (業務に従事することができなかったと認められる理由) |
| | 年 月 日 所在地 病院又は診療所の 名 称 医師氏名 | | |

| | | | | | |
|--------------|--|-------------------|----------------|--------------------------------------|------------|
| 7 送金希望の場合 | 銀行 振込み | 振込先金融機関名 銀行 支店 | 預金 名義 者名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) | |
| | | 口座の記号番号 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | | | | |
| | 送金手 小切手 | 銀行 支店 | | | |
| その他 | | | | (フリガナ) 氏名 | |
| ※受理 年 月 日 | | ※決定 年 月 日 | | ※支払 年 月 日 | ※決定金額 円 |
| | | | | | 添付書類 枚 |

| | | | | | |
|--------------------|-------|---|---|---|---|
| ※ 8 給付基礎額の証明 | 給付基礎額 | | | | 円 |
| | 内 | 基準額 | | | 円 |
| | | 扶養親族 | 子 | 人 | 円 |
| | その他 | | 人 | 円 | |
| | 訳 | 給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 青森県警察本部長 | | | |

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□に✓印を記入すること。
- 2 第2回以後の請求の場合における「3 請求日数」の欄の記入については、前回の請求後の分について記入すること。
- 3 第2回以後の請求の場合において給付基礎額に変更のない場合は、給付基礎額の内訳及び証明については省略してもよい。
- 4 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第9号（第5条、第7条関係）

給 付 決 定 通 知 書

| 通知年月日 | 年 月 日 | 通知番号 | 第 号 |
|---|-------|-------------------|-------|
| (請求者) 住 所 氏 名 殿 次のとおり給付を決定したので通知します。 | | 青森県警察本部長 | |
| 給 付 の 内 容 | 決 定 額 | 給 付 の 内 容 | 決 定 額 |
| 療 養 給 付 | 円 | 葬 祭 給 付 | 円 |
| 傷 病 給 付 年 金 | 円 | 障 害 給 付 年 金 差 額 金 | 円 |
| 障 害 給 付 年 金 | 円 | 障 害 給 付 年 金 前 払 金 | 円 |
| 障 害 給 付 一 時 金 | 円 | 遺 族 給 付 年 金 前 払 金 | 円 |
| 介 護 給 付 | 円 | 未 支 給 の 給 付 | 円 |
| 遺 族 給 付 年 金 | 円 | 休 業 給 付 | 円 |
| 遺 族 給 付 一 時 金 | 円 | | |
| 合 計 | | | 円 |
| 備 考 | | | |

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
 別記様式第10号（第7条関係）

傷病給付年金請求書

| | | | | |
|--|--|----------------------|---|-----|
| | | ※年金証書の番号 | 第 | 号 |
| 青森県警察本部長 殿 | | 請求年月日 | 年 | 月 日 |
| 次のとおり傷病給付年金の支給の決定を請求します。 | | (請求者) 住所 氏名 | | |
| 1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生) | | | | |
| 2 負傷又は発病の年月日 年 月 日 | | | | |
| 3 傷病等級 第 級 | | 4 傷病等級該当年月日 年 月 日 | | |
| 5 傷病の名称、部位及びその状態 | | | | |
| 6 既存障害の部位及びその程度 | | | | |
| 7 日常生活の状態 | | | | |
| 8 傷病給付年金請求金額 (給付基礎額) (倍数) 円× = 円 | | | | |
| 9 添付する書類その他の資料名 | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------|--|-------------------|-----|----------------------------|--------------------------------------|------------|
| 10 送金希望の場合 | 銀行 振込み | 振込先金融機関名 銀行 支店 | | 預 金 名 義 者 名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) | |
| | | 口座の記号番号 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | | | | | |
| | 送金 手切 | 銀行 支店 | | | | |
| その他 | | | | (フリガナ) 氏名 | | |
| ※受理 年 月 日 | | ※決定 年 月 日 | | ※支払 年 月 日 | | ※決定金額 円 |
| ※ 11 給付基礎額の証明 | 給付基礎額 | | | | 円 | |
| | 内 訳 | 基 準 額 | | | 円 | |
| | | 扶養親族 | 子 | 人 | 円 | |
| | | | その他 | 人 | 円 | |
| | 給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 青森県警察本部長 | | | | | |

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「5 傷病の名称、部位及びその状態」の欄の記入事項が添付された診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書の記載事項のとおり」と記入すること。
- 3 この請求書には、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。
- 4 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第11号（第7条関係）

障 害 給 付 年 金 請 求 書

| | | | | |
|--|--|-------------------|---|-----|
| | | ※年金証書の番号 | 第 | 号 |
| 青森県警察本部長 殿 | | 請 求 年 月 日 | 年 | 月 日 |
| 次のとおり障害給付年金の支給の決定を 請求します。 | | (請求者) 住所 氏名 | | |
| 1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生) | | | | |
| 2 負傷又は発病の年月日 年 月 日 | | 3 治癒年月日 年 月 日 | | |
| 4 障害等級 | | 第 級 | | |
| 5 障害の部位及びその程度 | | | | |
| 6 既存障害とその程度 | | | | |
| 7 障害給付年金請求金額 (給付基礎額) (倍数) 円× = 円 | | | | |
| 8 添付する書類その他の資料名 | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------|--|-------------------|-----|----------------------------|--------------------------------------|------------|
| 9 送金希望の場合 | 銀行 振込み | 振込先金融機関名 銀行 支店 | | 預 金 名 義 者 名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) | |
| | | 口座の記号番号 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | | | | | |
| | 送金手 小切手 | 銀行 支店 | | | | |
| その他 | | | | (フリガナ) 氏名 | | |
| ※受理 年 月 日 | | ※決定 年 月 日 | | ※支払 年 月 日 | | ※決定金額 円 |
| ※ 10 給付基礎額の証明 | 給付基礎額 | | | | 円 | |
| | 内 訳 | 基準額 | | | 円 | |
| | | 扶養親族 | 子 | 人 | 円 | |
| | | | その他 | 人 | 円 | |
| | 給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 青森県警察本部長 | | | | | |

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「5 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付された診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書の記載事項のとおり」と記入すること。
- 3 「6 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するものとし、既存障害について障害給付を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 4 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その他の書類及び資料を添付すること。
- 5 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
- 別記様式第12号（第7条関係）

遺族給付年金請求書

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------------------------------|---------|------------------------------------|-----------|----|
| | | ※年金証書の番号 | | 第 号 | | |
| | | 請求年月日 | | 年 月 日 | | |
| 青森県警察本部長 殿 | | (請求者又は代表者) | | | | |
| 次のとおり遺族給付年金の支給の決定を請求します。 | | 住所 | | | | |
| | | 氏名 | | | | |
| | | 協力援助者との続柄 | | | | |
| 1 協力援助者 | | | | | | |
| 住所 | | | | | | |
| 氏名 (年 月 日生) | | | | | | |
| 2 負傷又は発病の年月日 | | | 3 死亡年月日 | | | |
| 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | |
| 4 請求の事由 | | <input type="checkbox"/> 協力援助者の死亡 | | <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 | | |
| 5 請求者及び遺族給付年金を受けられることができる遺族 | | 氏名 | 生 年 月 日 | 住 所 | 協力援助者との続柄 | 備考 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 6 既に遺族給付年金を受けていた遺族 | | 氏名 | 生 年 月 日 | 住 所 | 協力援助者との続柄 | 備考 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------|--|-------------------|--|--------------------------------------|-----|
| 7 遺族給付年金 請求年額の計算 | (給付基礎額) | (倍数) | $\times \times \frac{1}{(\text{請求者の数})} =$ | | 円 |
| 8 遺族給付年金 請求額 | 請求者が一人の場合又は代表者を選任しない場合 | | | | 円 |
| | 代表者を選任した場合 | (7の請求金額) | \times | $\frac{(\text{請求者の数})}{}$ | = 円 |
| 9 添付する書類その他の資料名 | | | | | |
| ※10 給付基礎額の証明 | 給 付 基 礎 額 | | | | 円 |
| | 基 準 額 | | | | 円 |
| | 内 訳 | 扶 養 親 族 | 子 | 人 | 円 |
| | | | そ の 他 | 人 | 円 |
| | 給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 青森県警察本部長 | | | | |
| 11 送金希望の場合 | 銀 行 振 込 み | 振込先金融機関名 銀行 支店 | 預 金 名 義 者 名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) | |
| | | 口座の記号番号 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | (フリガナ) | | | |
| | 送 金 手 そ の 他 | 銀行 支店 | | 氏 名 | |
| ※受理 年 月 日 | | ※決定 年 月 日 | | ※決定金額 円 | |

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□に✓印を記入すること。
- 2 「5 請求者及び遺族給付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㊦、その者が代表者であるときは㊧、その者が身体若しくは精神に7級以上の障害等級の障害に該当する程度の障害がある状態又は負傷若しくは疾病が治らないで、身体の機能若しくは精神に軽易な労務以外の労務に服することができない程度以上の故障がある状態にある者であるときは㊨、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは㊩、と明記すること。
- 3 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第13号 削除

別記様式第14号 (第8条関係)

年金受給金融機関届出書

| | | | | | |
|---|--|-------------------------|--|--|--|
| 青森県警察本部長 殿 | | 届出年月日 | | 年 月 日 | |
| | | ※ 年金証書の番号 | | 第 号 | |
| | | (受給権者又は代表者) 住所 氏名 | | | |
| 傷病 障害給付年金を次において受け取りたい 遺族 ので届け出いたします。 | | 振込先金融機関名 | | 預 金 名 義 者 名 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) | |
| | | 銀行 支店 | | | |
| | | 口座の記号番号 | | | |
| 銀行 振込み | | □普通預金 □当座預金 | | (フリガナ) 氏 名 | |
| 送金 小切手 | | 銀行 支店 | | | |
| その他 | | | | | |
| 備 考 | | | | | |
| ※ 届 出 受 理 年 月 日 | | | | 年 月 日 | |

注1 金融機関を届け出る場合には、あらかじめ給付を実施する者に相談のうえ届け出る
こと。

2 届出者は、※印の欄は記入しないこと。

3 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第15号（第8条関係）

年金受給金融機関変更届出書

| | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| 青森県警察本部長 殿 傷病 障害給付年金の受け取りを次のとおり変 遺族 更したいので届け出いたします。 | 届 出 年 月 日 | | 年 月 日 |
| | 年金証書の番号 | | 第 号 |
| | (受給権者又は代表者) 住所 氏名 | | |
| 変 更 前 | 変 更 後 | | |
| (金融機関名) | 銀行 振込み | 振込先金融機関名 銀行 支店 | |
| | | 口座の記号番号 | |
| | | <input type="checkbox"/> 普通預金 | <input type="checkbox"/> 当座預金 |
| | 送 金 小切手 | 銀行 支店 | |
| | その他 | | |
| 本店 支店 | 預 金 名 義 者 名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) | |
| | | (フリガナ) 氏 名 | |
| 備考 | | | |
| ※ 届 出 受 理 年 月 日 | | 年 月 日 | |

- 注 1 届出者は、※印の欄には記入しないこと。
 2 金融機関を変更する場合には、あらかじめ実施機関に相談の上届け出ること。
 3 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
 別記様式第16号（第9条関係）

第 号

協力援助者
年金証書

青森県警察本部

受給権者の住所

受給権者の氏名

(年 月 日生)

年金の種類

(第 級)

年金の額

円

支給開始年月

年 月

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律の規定により上記のとおり支給します。

年 月 日

青森県警察本部長

注 意 事 項

- 1 この証書は、警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律によって、傷病給付年金、障害給付年金又は遺族給付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から大切に保管してください。
- 2 この給付は、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。
なお、損害賠償を受けた場合は、その限度で年金が支払われないことがあります。
- 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) 傷病給付年金においては、その傷病等級に変更のあった場合
 - (3) 障害給付年金においては、その障害等級に変更のあった場合
 - (4) 遺族給付年金においては、次に掲げる場合
 - ア 年金の算定の基礎となる遺族の数に増減を生じた場合（子、孫又は兄弟姉妹が18歳に達する日以後の最初の3月31日が終了したためこの年金を受けることができる遺族でなくなった場合を除く。）
 - イ 年金を受けることができる遺族が55歳未満の妻だけであるときは、身体若しくは精神に7級以上の障害等級の障害に該当する程度の障害がある状態又は負傷若しくは疾病が治らないで、身体の機能若しくは精神に軽易な労務以外の労務に服することができない程度以上の故障がある状態になった場合又はその状態でなくなった場合（障害の程度については、実施機関に相談してください。）
- 4 この給付を受ける権利は、譲り渡したり、担保（国民生活金融公庫又は沖縄振興開発金融公庫に供する担保の場合は除く。）に供したり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 この証書を亡失したり損傷したりするときは、実施機関に再交付を請求してください。また、年金の額の変更の場合を除き、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。

- 6 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、実施機関に療養若しくは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。
- 7 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、次のいずれかに該当した場合は。
- (1) 傷病給付年金の場合
- ア 受給権者が死亡した場合
- イ 病状が好転し年金を受けられない程度の障害の状態になった場合（障害の状態については、実施機関に相談してください。）
- (2) 障害給付年金の場合
- ア 受給権者が死亡した場合
- イ 障害が直り、又は年金を受けられない程度の障害に回復した場合（障害の程度については、実施機関に相談してください。）
- (3) 遺族給付年金の場合
- 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協力援助者との親族関係が終了した場合
- オ 受給権者が死亡した協力援助者の子、孫又は兄弟姉妹であるときはその者が18歳に達する日以後の最初の3月31日が終了した場合（その者が協力援助者の死亡の時から引き続き身体若しくは精神に7級以上の障害等級の障害に該当する程度の障害がある状態又は負傷若しくは疾病が治らないで、身体の機能若しくは精神に軽易な労務以外の労務に服することができない程度以上の故障がある状態にあるときを除く。）
- カ 身体若しくは精神に7級以上の障害等級の障害に該当する程度の障害がある状態又は負傷若しくは疾病が治らないで、身体の機能若しくは精神に軽易な労務以外の労務に服することができない程度以上の故障がある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
- 8 実施機関への届出、提出、請求等は下記の担当部署あてに行ってください。

〒030-0801

青森県青森市新町二丁目3番1号

青森県警察本部総務室厚生課

電話 017 (723) 4211

注 用紙の大きさは、日本産業規格B6縦長とする。
別記様式第17号（第9条関係）

協力援助者年金証書再交付請求書

| | | |
|---|-------------------|-------|
| 青森県警察本部長 殿 次の年金証書を亡失した 損傷したので再交付を請 求します。 | 請求年月日 | 年 月 日 |
| | (請求者) 住所 氏名 | |
| 1 年金証書の番号 | 第 | 号 |
| 2 証書交付年月日 | 年 月 日 | |
| 3 受給権者の氏名 | | |
| 4 傷 病 等 級 障 害 | 第 | 級 |
| 5 傷病 障害給付年金の額 遺族 | | 円 |
| ※受理 年 月 日 | ※再交付 年 月 日 | |

注 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、年金証書の亡失の理由を明らかにすることのできる書類又は
損傷した年金証書を添付すること。

3 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第19号（第10条関係）

傷病給付変更請求書

| | | |
|----------------------------|---------|-------|
| 青森県警察本部長 殿 | 請求年月日 | 年 月 日 |
| | 年金証書の番号 | 第 号 |
| | (請求者) | |
| 次のとおり傷病給付の変更を請求します。 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| 1 現在受けている傷病給付年金の傷病等級 | 第 | 級 |
| 2 現在受けている傷病給付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 傷病の名称、部位及びその状態 | | |
| 5 変更後の傷病等級 | 第 | 級 |
| 6 添付する書類その他の資料名 | | |
| ※受理 | ※決定 | ※決定等級 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 第 級 |

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと
- 2 「4 傷病の名称、部位及びその状態」の欄の記入事項が添付された診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書の記載事項のとおり」と記入すること。
- 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。
- 4 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第20号（第10条関係）

障 害 給 付 変 更 請 求 書

| | | |
|----------------------------|-------------------|-------|
| 青森県警察本部長 殿 | 請 求 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 年金証書の番号 | 第 号 |
| | (請求者) 住所 氏名 | |
| 次のとおり障害給付の変更を請求します。 | | |
| 1 現在受けている障害給付年金の障害等級 | 第 | 級 |
| 2 現在受けている障害給付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 | | |
| 5 変更後の障害等級 | 第 | 級 |
| 6 添付する書類その他の資料名 | | |
| ※受理 | ※決定 | ※決定等級 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 第 級 |

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「4 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付された診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書の記載事項のとおり」と記入すること。
- 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すること。
- 4 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
- 別記様式第21号（第10条関係）

傷病給付変更決定通知書

| | | | |
|--|------------|------------|------------|
| 通知年月日 | 年 月 日 | 通知番号 | 第 号 |
| 住所 氏名 殿 次のとおり傷病給付の変更の決定をしたので通知します。 | | 青森県警察本部長 | |
| 変 更 後 | | 変 更 前 | |
| 傷病等級 第 級 | 傷病等級 第 級 | 傷病等級 第 級 | 傷病等級 第 級 |
| 傷病給付年金の額 円 | 傷病給付年金の額 円 | 傷病給付年金の額 円 | 傷病給付年金の額 円 |
| 給付が変更になる年月 | | 年 月 | |
| 備 考 | | | |

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
別記様式第22号（第10条関係）

障害給付変更決定通知書

| | | | |
|--|----------|------------|------------|
| 通知年月日 | 年 月 日 | 通知番号 | 第 号 |
| 住所 氏名 殿 次のとおり障害給付の変更の決定をしたので通知します。 | | 青森県警察本部長 | |
| 変 更 後 | | 変 更 前 | |
| 障害等級 第 級 | 障害等級 第 級 | 障害給付年金の額 円 | 障害給付年金の額 円 |
| 障害給付一時金の額 円 | | | |
| 給付が変更になる年月 | | 年 月 | |
| 備 考 | | | |

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
別記様式第23号（第11条関係）

年 金 額 変 更 決 定 通 知 書

| | | | |
|---|-------|----------|-----|
| 通 知 年 月 日 | 年 月 日 | 通 知 番 号 | 第 号 |
| 住所 氏名 殿 | | 青森県警察本部長 | |
| 傷病給付年金 次のとおり 障害給付年金 の額の変更 遺族給付年金 を決定したので通知します。 | | | |
| 変 更 後 | | 変 更 前 | |
| 傷病給付年金 | 円 | 傷病給付年金 | 円 |
| 障害給付年金 | 円 | 障害給付年金 | 円 |
| 遺族給付年金 | 円 | 遺族給付年金 | 円 |
| 年金の額が変更になる年月 | | 年 月 | |
| 変 更 の 理 由 | | | |
| 備 考 | | | |

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
別記様式第24号（第12条関係）

年 金 支 払 請 求 書

| | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 青森県警察本部長 殿 次のとおり年金の支払を請求します。 | | 請求年月日 | 年 月 日 | |
| | | (請求者又は代表者) 住所 氏名 | | |
| 1 | 年金の種類 傷病給付年金 障害給付年金 遺族給付年金 | (第 級) | | |
| 2 | 請求期間 | 年 月から 年 月まで | | |
| 3 | 請求金額 | 円 | | |
| 4 の代 場 合 者 の 内 訳 による請求 | 受給権者の氏名 | 請求金額 | 円 | |
| | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| | | | 円 | |
| | 計 | | 円 | |
| 5 | 年金支給開始年月 | 年 月 | | |
| 6 | 年金証書の番号 | 第 号 | | |
| 7 送 金 希 望 の 場 合 | 銀行 | 振込先金融機関名 銀行 支店 | 預 金 名 義 者 名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) |
| | 振込み | 口座の記号番号 | | |
| | 送金手 小切手 | 銀行 支店 | | |
| | その他 | | | |

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
 別記様式第24号の2（第13条の2関係）

障害給付年金差額一時金請求書

| | | | |
|-------------------------|------------------|--|---------------------------------------|
| 青森県警察本部長 殿 | | 請求年月日 | 年 月 日 |
| | | (請求者) 住 所 氏 名 協力援助者との 続柄又は関係 | |
| 次のとおり障害給付年金差額一時金を請求します。 | | | |
| 1 協力援助者に関する事項 | 協力援助者 | | (死亡年月日) |
| | 住 所 | (年 月 日生) | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | (死亡時の障害等級) 第 級 |
| (既存障害とその程度) | | | |
| 2 障害給付年金差額一時金請求額の計算 | 受給権者の名氏 | 協力援助者との続柄 | (給付) (基礎額) (倍数) (支給された年金及び前払一時金の額の総計) |
| | | | (円× - 円) |
| | | | × _____ = 円 |
| | | | (受給権者の数) |
| | 障害給付年金が支給されていた場合 | (年金証書番号) 第 号 | (支給された年金額の合計) |
| 障害給付年金前払一時金が支給されていた場合 | (年金証書番号) 第 号 | (支給された前払一時金の額) | 円 |
| 総 計 | | | 円 |
| 3 障害給付年金差額一時金の請求額 | | | 円 |
| 4 添付する書類 その他の資料名 | | | |

| | | | | |
|--------------|-----|--|----------------------------|--------------------------------------|
| 5 送金希望の場合 | 銀行 | 振込先金融機関名 銀行 支店 | 預 金 名 義 者 名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) |
| | | 口座の記号番号 | | |
| | 振込み | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | | (フリガナ) 氏名 |
| | | 送金 小切手 | | |
| | その他 | | | |
| ※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こと。

2 「(既存障害とその程度)」の欄には、同一部位について障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害給付を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。

3 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第24号の3 (第13条の2関係)

障害給付年金前払一時金請求書

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------|--|------------------------|--------------------------------------|------------|---------|
| 青森県警察本部長 殿 次のとおり障害給付年金前払一時金を請求します。 | | 請求年月日 | 年 | 月 | 日 | | |
| | | (請求者) 住所 氏名 | | | | | |
| 1 | (障害等級) | 第 | 級 | 2 (既存障害とその程度) | | | |
| 3 | 請求者が選択する障害給付年金前払一時金の額 | | <input type="checkbox"/> 障害給付年金前払一時金の限度額 <input type="checkbox"/> 1,200 倍 <input type="checkbox"/> 1,000 倍 給付基礎額の <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 | | | | |
| 4 | 障害給付金前払一時金の請求額 | | (1) 限度額を選択した場合 円 (2) 限度額以外を選択した場合 (給付基礎額) 円× 倍 = 円 | | | | |
| 5 | 障害給付年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害給付年金の額の合計額 | | 年 | 月分 | から 年 | 月分 | まで 円 |
| 6 | 障害給付年金の支払決定に関する通知を受けた年月日 | | 年 | 月 | 日 | | |
| 7 送金希望の場合 | 銀行振込み | 振込先金融機関名 | | 預金 名 義 者 名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入 不要です。) | | |
| | | 銀行 | 支店 | | | | |
| | 口座の記号番号 | | (フリガナ) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | | | | | | |
| 送金手 | 銀行 | 支店 | 氏名 | | | | |
| その他 | | | | | | | |
| ※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こと。該当する□に✓を記入すること。
 2 「2 (既存障害とその程度)」の欄には、同一部位について障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害給付を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
 3 「3 請求者が選択する障害給付年金前払一時金の額」の欄については、請求者が選択する□に✓印を記入すること。
 4 「5 障害給付年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害給付年金の額の合計額」及び「6 障害給付年金の支給決定に関する通知を受けた年月日」の欄には、障害給付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こと。
 5 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 縦長とする。

別記様式第24号の4 (第13条の2関係)

遺族給付年金前払一時金請求書

| | | | | | |
|--|--|---|--------|-----------|----------------------------------|
| 青森県警察本部長 殿 | | 請求年月日 | | 年 月 日 | |
| | | 請求者(代表者) 住所 | | 氏名 | |
| 次のとおり遺族給付年金前払一時金を請求します。 | | 協力援助者との 続柄又は関係 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 給付基礎額の <input type="checkbox"/> 600倍 に相当する額 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍 | | | |
| 1 請求者(代表者)が選択する遺族給付年金前払一時金の額 | | | | | |
| 2 遺族給付年金前払一時金の請求額 | | (給付基礎額) 円 × 倍 × _____ = 円 (請求者の数) | | | |
| 3 遺族給付年金前払一時金の請求額の合計額 | | (2の請求額) (請求者の数) 円 × _____ = 円 | | | |
| 4 遺族給付年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族給付年金の額の合計額 | | 年 月分から 年 月分まで 円 | | | |
| 5 遺族給付年金の支払決定に関する通知を受けた年月日 | | 年 月 日 | | | |
| (代表者の氏名) _____ を代表者として、遺族給付年金前払一時金の請求及び受領を委任します。 | | | | | |
| 請求者の同順位者 | 住所 | | 氏名 | | 協力援助者との続柄 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 6 送金希望の場合 | 銀行振込み | 振込先金融機関名 | | 預金名義者名 | 法人機関又は役職の名称 (個人名義の場合は記入不要です。) |
| | | 銀行 支店 | | | |
| | 口座の記号番号 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | | | | |
| 送金手 | 銀行 支店 | | (フリガナ) | | |
| その他 | | | 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こと。該当する□に \surd を記入すること。
- 2 「1 請求者(代表者)が選択する遺族給付年金前払一時金の額」の欄については、請求者(代表者)が選択する□に \surd 印を記入すること。
- 3 「4 遺族給付年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害給付年金の額の合計額」及び「5 遺族給付年金の支払決定に関する通知を受けた年月日」の欄には、遺族給付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こと。
- 4 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第24号の5(第13条の3関係)

年金支給停止期間満了通知書

| 通知年月日 | 年 月 日 | 通知番号 | 第 号 |
|--|-------|----------|-----|
| 住 所 氏 名 殿 次のとおり 障害給付年金の支給停止 遺族給付年金 期間が満了したので通知します。 | | 青森県警察本部長 | |
| 停止期間満了の年月 | | 年 | 月 |
| 年金の支給開始年月 | | 年 | 月 |
| 備 考 | | | |

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
 別記様式第25号（第16条関係）

遺族給付年金支給停止申請書

| | | | | | |
|------------------------------|-------------|--|---------|-------------------|--|
| 青森県警察本部長 殿 | | 申請年月日 | | 年 月 日 | |
| | | (申請者) 年金証書の番号 第 号 住所 氏名 (年 月 日生) 所在不明者との続柄 | | | |
| 次の所在不明者に係る遺族給付年金の支給停止を申請します。 | | | | | |
| 1 所在不明者 | 年金証書の番号 | | 第 号 | | |
| | 氏 名 | | | | |
| | 最後の住所 | | | | |
| | 所在不明となった年月日 | | 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 年 月 日 | | ※決定内容 年 月分から停止 | |

注 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。

2 「1 所在不明者」の年金証書の番号欄には、その番号が不明のときは記入する必要はない。

3 この申請書には、所在不明となった者の所在が1年以上明らかでないことを証明することのできる書類を添付すること。

4 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第26号（第16条関係）

遺族給付年金支給停止解除申請書

| | | |
|----------------------------|---|-------------------|
| 青森県警察本部長 殿 | 申請年月日 | 年 月 日 |
| | (申請者) 年金証書の番号 第 号 住所 氏名 (年 月 日生) | |
| 次のとおり遺族給付年金の支給停止の解除を申請します。 | | |
| 支給停止となった年月 年 月 | | |
| ※受理 年 月 日 | ※決定 年 月 日 | ※決定内容 年 月分から解除 |

注1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。
別記様式第27号（第17条、第18条関係）

療 養 現 状 報 告 書

| | | |
|--|-------------------|-------|
| 青森県警察本部長 殿 次のとおり療養の現状を報告します。 <small>障害</small> | 報告年月日 | 年 月 日 |
| | (報告者) 住所 氏名 | |
| 1 負傷又は発病年月日 | | 年 月 日 |
| 2 療養開始年月日 | | 年 月 日 |
| 3 傷病給付年金 障害給付年金 | 支給開始年月 | 年 月 |
| 4 年金証書の番号 | 第 | 号 |
| 5 傷病名又は障害等級 | | |
| 6 傷病の経過又は障害の状況 | | |
| 7 日常生活の概況 | | |
| 8 添付する書類その他の資料名 | | |

| | |
|---------------------------------|---|
| ※ 9 医 師 の 証 明 | 傷病又は障害の種類 |
| | 傷病の経過及び治療方法の概要 |
| | 傷病又は障害の現状 |
| | 今後の見込み |
| | 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こと。
- 2 療養・障害についてはいずれかを○で囲むこと。
- 3 「7 日常生活の概況」の欄の記入に当たっては、最近1年間について記入すること。
- 4 障害年金受給者であって、障害が固定している者にあつては、「9 医師の証明」の欄を、その事実を証明することができる書類を添付することによって、代えることができる。
- 5 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第28号（第18条関係）

遺族の現状報告書

| | | | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------------------|-------|-----------|-------|---------------------|
| 青森県警察本部長 殿 | | 報告年月日 | 年 月 日 | | | |
| | | (報告者) 住 所 氏 名 年金証書の番号 第 号 | | | | |
| 次のとおり遺族の現状を報告します。 | | | | | | |
| 1 協力援助者の氏名 (年 月 日死亡) | | | | | | |
| 2 遺族給付年金受給資格者 | 氏 名 | 生年月日 | 住 所 | 協力援助者との続柄 | 障害の有無 | 報告者と生計を同じくしている事実の有無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| 3 添付する書類その他の資料名 | | | | | | |

注 1 2の項中「障害の有無」の欄において障害とは、身体若しくは精神に7級以上の障害等級の障害に該当する程度の障害がある状態又は負傷若しくは疾病が治らないで、身体の機能若しくは精神に軽易な労務以外の労務に服することができない程度以上の故障がある状態をいう。

2 2の項中有無のいずれかを○で囲むこと。

3 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

別記様式第29号（第20条関係）

災 害 給 付 記 録 簿

(表)

| | | | | |
|-----------------------------------|-----------|---|--|--------------------|
| No. _____ | | | | |
| 1 協力援助者 住所 氏名 (年 月 日) | 9 災害発生の経過 | 13 遺族給付 | <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 一時金 <input type="checkbox"/> 年金額 <input type="checkbox"/> 一時金額 円 年 月 日支給決定 | |
| 2 協力援助を受けた者 所 属 官職階級 氏 名 | | | 受給権者 氏 名 協力援助者との続柄 | |
| 3 負傷又は発病年月日 年 月 日 | | | 金額 円 年 月 日 支払 | |
| 4 傷病名及び傷病の部位 | | | 葬祭を行った者の氏名及び協力援助者との続柄又は関係 | |
| 5 傷病等級該当年月日 年 月 日 | | 10 給付基礎額 円 | 14 葬祭給付 | 金額 円 年 月 日 支払 |
| 6 発病の治癒年月日 年 月 日 | | 11 傷病給付 障害等級 第 級 号 年 月 日支給決定 | | 15 障害給付年金 差額一時金 |
| 7 死亡年月日 年 月 日 | | 12 障害給付 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 一時金 障害等級 第 級 号 <input type="checkbox"/> 準用 <input type="checkbox"/> 併合繰上げ <input type="checkbox"/> 加重 <input type="checkbox"/> 年金額 <input type="checkbox"/> 一時金額 円 年 月 日支給決定 | 16 障害給付年金 前払一時金 | |
| 8 認定の通知年月日 年 月 日 | | | | 17 遺族給付年金 前払一時金 |
| | | (年度) (裏) | | |

| 18 療 養 給 付 | | | 19 休 業 給 付 | | | 20 介 護 給 付 | | | 備 考 |
|------------|-----|-----|------------|-----|-----|------------|--------|-----|-----|
| 支 払 年 月 日 | 日 数 | 金 額 | 支 払 年 月 日 | 日 数 | 金 額 | 支 払 年 月 日 | 支給に係る月 | 金 額 | |
| 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | | 円 | |
| 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | | 円 | |
| 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | | 円 | |
| 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | | 円 | |
| 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | | 円 | |
| 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | | 円 | |
| 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | | 円 | |
| 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | | 円 | |
| 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | 日 | 円 | 年 月 日 | | 円 | |
| 計 | 日 | 円 | 計 | 日 | 円 | 計 | | 円 | |
| 本年度までの累計 | 日 | 円 | 本年度までの累計 | 日 | 円 | 本年度までの累計 | | 円 | |

注 1 該当する□に△印を記入すること。
2 用紙の大きさは、日本産業規格A4横長とする。

別記様式第30号 (第20条関係)

傷 病 給 付 年 金 記 録 簿

(表)

| | | | |
|--|------------|-----------------|------------------|
| No. _____ | | 災害給付記録簿番号 _____ | |
| 1 年金証書の番号 第 号 | 7 傷病給付年金の額 | 年 月 から | (給付基礎額) (倍数) = 円 |
| 2 受給権者の氏名 (年 月 日生) | | 年 月 から | × = 円 |
| 3 住 所 | | 年 月 から | × = 円 |
| | | 年 月 から | × = 円 |
| | | 年 月 から | × = 円 |
| 4 傷病等級 第 級 (年 月 日決定) 第 級 (年 月 日決定) 第 級 (年 月 日決定) | 備 考 | | |
| 5 支給開始年月 年 月 | | | |
| 6 傷病の名称、部位及びその状態 | | | |

(裏)

| 8 支給に係る月 | 9 支払年月日 | 10 支払金額 | 備考 |
|-----------|---------|---------|----|
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 年 月～ 年 月分 | 年 月 日 | 円 | |
| 累 計 | | 円 | |

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4横長とする。

別記様式第31号 (第20条関係)

障 害 給 付 年 金 記 録 簿

(表)

No. _____

災害給付記録簿番号

| | | | | |
|-----------|----------------|--------------------------------------|-------|--------------------|
| 1 年金証書の番号 | 第 号 | 6 障 害 金 の 給 付 額 | 年 月から | (給付基礎額) (倍数) × = 円 |
| 2 受給権者の氏名 | (年 月 日生) | | 年 月から | × = 円 |
| 3 住所 | | | 年 月から | × = 円 |
| 4 障害等級 | 第 級 (年 月 日決定) | 備考 | | |
| | 第 級 (年 月 日決定) | | | |
| | 第 級 (年 月 日決定) | | | |
| 5 支給開始年月 | 年 月 | | | |

