

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の一部を改正する規則をここに公布する。

令和七年五月九日

青森県公安委員会委員長 横 町 俊 明



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		
4 請求金額の計算 (給付基礎額) (日数)	円 × $\frac{60}{100} \times$ = 円		
5 休業給付請求金額	円		
6 傷病名	現在の状態 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中		
7 請求日数のうち療養のため業務に従事すること(できなかったと認められる日数) 年 月 日から 年 月 日まで	(業務に従事すること(できなかったと認められる理由) 年 月 日から 年 月 日まで)		
8 郵便の証明	年 月 日 所在地 病院又は診療所の名称 医師氏名		

給付基礎額		円
基	平	円
扶	養	円
親	族	円
親	子	円
族	人	円
其	他	円
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、密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)

新型コロナウイルス感染症 休業給付請求書			
青森県警察本部長 殿	請求年月日	年 月 日	
次のとおり新型コロナウイルス感染症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 死亡年月日	年 月 日
4 新型コロナウイルス感染症休業給付請求金額 (給付基礎額) (A) 円 + 円 × 30 = 円 (給付基礎額) (B) 円 × 60 = 円 (A)(B)のうち高い方の金額 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B) 円			
5 送金希望の銀行 振込先金融機関名 銀行 支店 預金名 振込み 口座の記号番号 預金名 振込み <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 振込先 氏名 (フリガナ) 氏名			
6 送金希望の銀行 送金先 銀行 支店 氏名 (フリガナ) 氏名			
7 承認 年 月 日	8 承認 年 月 日	9 承認 年 月 日	10 承認 年 月 日

給付基礎額		円
基	平	円
扶	養	円
親	族	円
親	子	円
族	人	円
其	他	円
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、密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		
4 請求金額の計算 (給付基礎額) (日数)	円 × $\frac{60}{100} \times$ = 円		
5 休業給付請求金額	円		
6 傷病名	現在の状態 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中		
7 請求日数のうち療養のため業務に従事すること(できなかったと認められる日数) 年 月 日から 年 月 日まで	(業務に従事すること(できなかったと認められる理由) 年 月 日から 年 月 日まで)		
8 郵便の証明	年 月 日 所在地 病院又は診療所の名称 医師氏名		

給付基礎額		円
基	平	円
配	偶	円
者		円
子	人	円
人		円
其	他	円
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、密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)

新型コロナウイルス感染症 休業給付請求書			
青森県警察本部長 殿	請求年月日	年 月 日	
次のとおり新型コロナウイルス感染症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 死亡年月日	年 月 日
4 新型コロナウイルス感染症休業給付請求金額 (給付基礎額) (A) 円 + 円 × 30 = 円 (給付基礎額) (B) 円 × 60 = 円 (A)(B)のうち高い方の金額 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B) 円			
5 送金希望の銀行 振込先金融機関名 銀行 支店 預金名 振込み 口座の記号番号 預金名 振込み <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 振込先 氏名 (フリガナ) 氏名			
6 送金希望の銀行 送金先 銀行 支店 氏名 (フリガナ) 氏名			
7 承認 年 月 日	8 承認 年 月 日	9 承認 年 月 日	10 承認 年 月 日

給付基礎額		円
基	平	円
配	偶	円
者		円
子	人	円
人		円
其	他	円
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、密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10号 (第7条関係)

障害 給付 年金 請求 書

	請求年金証書の番号	第 号
	請求年月日	年 月 日
青森県警察本部長 殿 (請求者) 次のとおり障害給付年金の支給の決定を請求します。	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	3 治療年月日	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) (倍數)	円× = 円	
8 添付する書類その他の資料名		

10 送金希望の場合	銀行	振込先金融機関名	支店	預金種別又は貯蓄の名称 (個人名義の場合は記入不要です。)
	振込み	銀行 口座の記号番号	支店	預金名義者氏名 (フリガナ)
	送金小切手	銀行	支店	氏名
	その他			
希望処理		※決定	※支払	※決定金額
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円
※8 給付基礎額の証明	給 付 基 礎 額			
	基	準	額	円
	扶 養 親 族	子	人	円
	そ の 他	人	円	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、捺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10号 (第7条関係)

傷病 給付 年金 請求 書

	請求年金証書の番号	第 号
	請求年月日	年 月 日
青森県警察本部長 殿 (請求者) 次のとおり傷病給付年金の支給の決定を請求します。	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	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) (倍數)	円× = 円	
9 添付する書類その他の資料名		

7 送金希望の場合	銀行	振込先金融機関名	支店	預金種別又は貯蓄の名称 (個人名義の場合は記入不要です。)
	振込み	銀行 口座の記号番号	支店	預金名義者氏名 (フリガナ)
	送金小切手	銀行	支店	氏名
	その他			
希望処理		※決定	※支払	※決定金額
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円
※8 給付基礎額の証明	給 付 基 礎 額			
	基	準	額	円
	扶 養 親 族	子	人	円
	そ の 他	人	円	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、捺印の欄には記入しないこと。該当する口には印を記入すること。  
 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、前回の請求書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10号 (第7条関係)

障害 給付 年金 請求 書

	請求年金証書の番号	第 号
	請求年月日	年 月 日
青森県警察本部長 殿 (請求者) 次のとおり障害給付年金の支給の決定を請求します。	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	3 治療年月日	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) (倍數)	円× = 円	
8 添付する書類その他の資料名		

10 送金希望の場合	銀行	振込先金融機関名	支店	預金種別又は貯蓄の名称 (個人名義の場合は記入不要です。)
	振込み	銀行 口座の記号番号	支店	預金名義者氏名 (フリガナ)
	送金小切手	銀行	支店	氏名
	その他			
希望処理		※決定	※支払	※決定金額
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円
※8 給付基礎額の証明	給 付 基 礎 額			
	基	準	額	円
	扶 養 親 族	子	人	円
	そ の 他	人	円	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、捺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10号 (第7条関係)

傷病 給付 年金 請求 書

	請求年金証書の番号	第 号
	請求年月日	年 月 日
青森県警察本部長 殿 (請求者) 次のとおり傷病給付年金の支給の決定を請求します。	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	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) (倍數)	円× = 円	
9 添付する書類その他の資料名		

7 送金希望の場合	銀行	振込先金融機関名	支店	預金種別又は貯蓄の名称 (個人名義の場合は記入不要です。)
	振込み	銀行 口座の記号番号	支店	預金名義者氏名 (フリガナ)
	送金小切手	銀行	支店	氏名
	その他			
希望処理		※決定	※支払	※決定金額
年 月 日		年 月 日	年 月 日	円
※8 給付基礎額の証明	給 付 基 礎 額			
	基	準	額	円
	扶 養 親 族	子	人	円
	そ の 他	人	円	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、捺印の欄には記入しないこと。該当する口には印を記入すること。  
 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、前回の請求書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。

附 則

( 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。

9 送金希望切額の別	銀行	振込先金融機関名	支店	預	法人機関又は役職の名称
	振込み	口座の記号番号	名	金	(個人名義の場合は記入不要です。)
送金希望切額の別	送金	口座普通預金	者	名	(フリガナ)
	小切手	口座当座預金	者	氏	
その他	銀行	支店	者	氏	名
その他					
受受理	年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	円
10 給付基礎額の証明	給付基礎額	円			
	基 礎 額	円			
扶養親族	子	円			
	人	円			
その他	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 青森県警務本部長					

- 注 1 請求者は、帝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一であるときは、「診断書の記載事項のとり方」を記入すること。  
 3 「6 障害等級とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加算した場合を記入するものとし、既存障害について障害等級について障害等級を加重した場合は、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、治療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）

直 接 給 付 年 金 請 求 書

青森県警務本部長 職		請求年月日	年 月 日
請求者又は代表者		住所	
氏名		氏名	
次のとおり遺族給付年金の支給の決定を請求します。		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	年 月 日	3 死亡年月日	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 <input type="checkbox"/> 見捨てられた子	<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ることができる血族	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

別記様式第12号（第7条関係）

直 接 給 付 年 金 請 求 書

青森県警務本部長 職		請求年月日	年 月 日
請求者又は代表者		住所	
氏名		氏名	
次のとおり遺族給付年金の支給の決定を請求します。		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	年 月 日	3 死亡年月日	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 <input type="checkbox"/> 見捨てられた子	<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ることができる血族	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

9 送金希望切額の別	銀行	振込先金融機関名	支店	預	法人機関又は役職の名称
	振込み	口座の記号番号	名	金	(個人名義の場合は記入不要です。)
送金希望切額の別	送金	口座普通預金	者	名	(フリガナ)
	小切手	口座当座預金	者	氏	
その他	銀行	支店	者	氏	名
その他					
受受理	年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	円
10 給付基礎額の証明	給付基礎額	円			
	基 礎 額	円			
扶養親族	子	円			
	人	円			
その他	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 青森県警務本部長					

- 注 1 請求者は、帝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一であるときは、「診断書の記載事項のとり方」を記入すること。  
 3 「6 障害等級とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加算した場合を記入するものとし、既存障害について障害等級について障害等級を加重した場合は、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、治療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。

7 遺族給付年金請求年額の計算	(給付基礎額) × (倍率) $\times \frac{1}{2}$ (請求者の歳) = 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) × (請求者の数) = 円				
9 添付する書類その他の資料名	円				
10 給付基礎額の証明	給付基礎額	円			
	基 礎 額	円			
扶養親族	子	円			
	人	円			
その他	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 青森県警務本部長					
11 送金希望切額の別	銀行	振込先金融機関名	支店	預	法人機関又は役職の名称
	振込み	口座の記号番号	名	金	(個人名義の場合は記入不要です。)
送金希望切額の別	送金	口座普通預金	者	名	(フリガナ)
	小切手	口座当座預金	者	氏	
その他	銀行	支店	者	氏	名
その他					
受受理	年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	円

- 注 1 請求者は、帝印の欄には記入しないこと。該当する口には印を記入すること。  
 2 「5 請求者及び遺族給付年金を受けることができる血族」の欄の備考には、その者が請求者であるときは命、その者が代表者であるときは印、その者が身体若しくは精神上7歳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原因でないで、身体の機能若しくは精神上軽微な労務以外の労働に就く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印、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは印、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。

7 遺族給付年金請求年額の計算	(給付基礎額) × (倍率) $\times \frac{1}{2}$ (請求者の歳) = 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) × (請求者の数) = 円				
9 添付する書類その他の資料名	円				
10 給付基礎額の証明	給付基礎額	円			
	基 礎 額	円			
扶養親族	子	円			
	人	円			
その他	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 青森県警務本部長					
11 送金希望切額の別	銀行	振込先金融機関名	支店	預	法人機関又は役職の名称
	振込み	口座の記号番号	名	金	(個人名義の場合は記入不要です。)
送金希望切額の別	送金	口座普通預金	者	名	(フリガナ)
	小切手	口座当座預金	者	氏	
その他	銀行	支店	者	氏	名
その他					
受受理	年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	円

- 注 1 請求者は、帝印の欄には記入しないこと。該当する口には印を記入すること。  
 2 「5 請求者及び遺族給付年金を受けることができる血族」の欄の備考には、その者が請求者であるときは命、その者が代表者であるときは印、その者が身体若しくは精神上7歳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原因でないで、身体の機能若しくは精神上軽微な労務以外の労働に就く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印、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは印、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。

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。