様式第4号（第8条関係）

　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

所在地

名称

長の職氏名

全部休業した日数　　日一部休業した日数　　日

　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

休業補償請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 請求回数 | 第　　　　　回 |
| （実施機関の長の職氏名）　　　　　　　　　　　　　　様　下記の休業補償を請求します。 | 請求年月日　　　　　　年　　月　　日　 |
| 請求者の住所ふりがな氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| １ | 所属部局名 | 職名 |
| 関する事項被災職員に |
| 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 | のうち　　日　　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 | 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　　　　　　　　　　　　所属部局の　　 |
| 長の証明所属部局の |
| 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 |  | 請求日数 |  | 全部休業した日に支払われた給与の総額 |  |
| 　　　　　円×　　　×　　－　　円＝　　円 |
| 一部休業した日についての計算 | (Ｂ) |  | 補償基礎額 |  | 請求日数 |  | 一部休業した日に支払われた給与の総額 |  |
| （　　円×　　　　－　　　　　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 | □　　　の被保険者である。□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のうち　　日　 | 現在の状態　　　　年　　月　　日□治ゆ□死亡□中止□転医□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 |
| □普通預金□当座預金 | ※決定金額 | 条例第10条の制限□有□無 |
| 口座番号 |  |
| 円 |
| 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 |
| ※支払 | 　　年　　月　　日 |
| その他 |  |

〔注意事項〕

１　請求者は、※印の欄には記入しないこと。また、該当する□に***レ***印を記入すること。

２　「２請求日数等」の欄には、丸亀市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第８条ただし書及び同条例施行規則第７条の２に該当する日がある場合は、当該日数を控除した日数を記入すること。

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、記入する必要はないこと。

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５条第２項の表の左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すること。

　　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すること。また、この請求書に係る年金の支給決定後に条例附則第５条第２項の表の左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すること。