

第18号様式の2(第18条第1項)

傷病特別支給金
傷病特別給付金 申請書

(実施機関の職氏名) 次の傷病特別支給金・傷病特別給付金を申請します。		申請年月日 年 月 日
		申請者の住所 氏名 印
(所属部局) 1		
2 (氏名) 年 月 日生(歳)	3 (職種)	
4 障害の等級	第 級 号	
5 傷病特別支給金申請金額	円	
6 傷病特別給付金申請金額の計算	(補償基礎額) (A) 円 × $\times \frac{20}{100} =$ 円	
	(B) 1,500,000円 × $\frac{365}{365} =$ 円	
	(補償基礎額) ((傷病)補償年金の金額) (C) 円 × $365 \times \frac{80}{100} - =$ 円	
7 傷病特別給付金申請金額	円	

送金希望の場合	振込先 金融機関名	銀行	支店
	預金科目	普通預金	当座預金
	口座番号		
	口名義 座人	住所	
	氏名		

受理	年 月 日
決定	年 月 日
特別支給金 決定金額	円
特別給付金 決定金額	円
支給開始 年 月	年 月

(注意)

- 1 請求(申請)者は、印の欄には記入しないでください。また、該当するにレ印を記入してください。
- 2 「7 傷病特別給付金申請金額」の欄には、「6 傷病特別給付金申請金額の計算」の欄の(A)の金額((A)の金額が(B)の金額を超える場合には(B)の金額とし、(A)又は(B)の金額が(C)の金額に満たない場合には(C)の金額)を記入してください。
- 3 署名することにより、氏名の記入及び押印に代えることができます。

(A4)