

様式第 1 号の 2

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		請求年月日 年 月 日		
		(〒 - ) 請求者の住所 ----- ----- ふりがな 氏 名 ----- ㊞ 被災職員との続柄 ----- 連絡先電話番号 -----		
1 事 項 被 災 職 員 に 関 す る	構成団体名	所属部局・課		
	ふりがな 氏名	年 月 日生 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	職種	職名		
2 災 害 発 生 の 状 況 等	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			
	傷病の部位及びその程度		治療見込日数 通院 日・入院 日	
	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 の 長 構 成 証 団 体	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 構成団体長 ㊞			

〔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。