通勤災害認定請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 　秋田県市町村総合事務組合管理者　様次の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。 | 請求年月日　　令和　　　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　被災職員に　関する事項 | 構成団体名 | 所属部局・課 |
| ふりがな氏　名 | 　　　　　　　　　□　男　　□　女年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 職種 | 職名 |
| ２　災害発生の状況 | 災害発生の日時　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□午前　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日（　　　　曜日）　　　　　　　時　　分頃　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□午後 |
| 災害発生の場所 |
| 傷病名 |
| 傷病の部位及びその程度 | 治療見込み日数通院　　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 | 　□午前　　　　　　　　　　時　　　　分頃　□午後 |
| 災害発生の日に住居を離れた時刻 | 　□午前　　　　　　　　　　時　　　　分頃　□午後 |
| 災害発生の日に勤務場所を離れた時刻 | 　□午前　　　　　　　　　　時　　　　分頃　□午後 |
| 発生の原因及び状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ３　構成団体の　長の証明 | 　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。　　令和　　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。