

## 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 ( 千 ー ) 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 構成団体名 ..... 所属部局・課 ..... ..... ふりがな ..... <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏 名 ..... 年 月 日生 ( 歳 ) ..... 職種 ..... 職名 .....
2  災害発生 の状況	災害発生の日時 ..... 令和 年 月 日 ( 曜日 ) <input type="checkbox"/> 午前 ..... 時 分頃 ..... <input type="checkbox"/> 午後
	災害発生場所 .....
	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  長の証明 構成団体の	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。