

記載例

様式第5号 (表面)

休業補償請求書 休業援護金申請書		認定番号	認定第 7 - 〇 号
		請求回数	第 1 回 (令和 7 年 7 月分)
秋田県市町村総合事務組合管理者 様		請求 (申請) 年月日 令和 7 年 7 月 22 日	
次の休業補償(休業援護金)を請求(申請)します。		〇〇市長 〇 〇 〇 〇	
1 被災職員に関する事項	所属部局名 〇〇部△△課	職 種 パートタイム会計年度任用職員	
	ふりがな あきた はるお 氏 名 秋 田 春 男	住 所 〇〇市××町二丁目5番4号	
	生年月日 昭和60年6月3日生 (38歳)	負傷又は発病の年月日 令和 7 年 7 月 8 日	
2 請求日数等	令和 7 年 7 月 8 日から のうち 2 日 全部休業した日数 1 日 令和 7 年 7 月 10 日まで 一部休業した日数 1 日 (全部休業した日に支払われた給与等の額 0円) (一部休業した日に支払われた給与等の額 2,500円)		
3 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 7 年 7 月 22 日 所在地 〇〇市××町一丁目1番1号 所属部局の 名 称 〇〇市役所 長の職・氏名 〇〇部長 〇 〇 〇 〇		
4 休業補償	全部休業した日についての計算	(補償基礎額) (全部休業した日に支払われた給与の額) 5,000円 × $\frac{60}{100}$ - 0円 = 3,000円	(請求日数) 3,000円 × 1日 = 3,000円 (A)
	一部休業した日についての計算	(補償基礎額) (一部休業した日に支払われた給与の額) 5,000円 - 2,500円 = 2,500円 (ア) (ア) 又は (イ) のうちいずれか低い額 2,500円 × $\frac{60}{100}$ = 1,500円 (円位未満切捨)	(規則第4条の4に規定する額) 円 (イ) (請求日数) 1,500円 × 1日 = 1,500円 (B)
	請求金額	(A) + (B)	4,500円
	5 休業援護金	全部休業した日についての計算	① 休業補償を受ける場合 (補償基礎額) 5,000円 × $\frac{20}{100}$ = 1,000円 (円位未満切捨)
一部休業した日についての計算		② 休業補償を受けない場合 (補償基礎額) (全部休業した日に支払われた給与の額) 円 × $\frac{80}{100}$ - 円 = (円位未満切捨) 円	(請求日数) 円 × 日 = 円 (D)
一部休業した日についての計算		(補償基礎額) (一部休業した日に支払われた給与の額) 5,000円 - 2,500円 = 2,500円 (ウ) (ウ) 又は (イ) のうちいずれか低い額 2,500円 × $\frac{20}{100}$ = 500円 (円位未満切捨)	(規則第4条の4に規定する額) 円 (イ) (請求日数) 500円 × 1日 = 500円 (E)
申請金額		(C) + (D) + (E)	1,500円
6	他法年金の受給関係	<input type="checkbox"/> の被保険者であった <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者ではなかった	
7 医師の証明	傷 病 名	アナフィラキシー性ショック	
	請求日数のうち療養のため勤務することができなかつたと認められる日数 令和 7 年 7 月 8 日から のうち 2 日 令和 7 年 7 月 10 日まで	現在の状況 令和 7 年 7 月 10 日 <input checked="" type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 継続中	
	上記のとおりであることを証明します。 令和 7 年 7 月 22 日 医療機関の 所在地 〇〇市〇〇町〇-〇 名 称 □□病院 医師の氏名 〇 〇 〇 〇		