

傷病給付年金請求書

(給付を行う者の官職氏名) 法務大臣.....殿 下記により傷病給付年金の支給の決定を請求します。		請求年月日： 年 月 日
		請求者住所..... 氏 名.....㊟
1. 給付の要件		
1.1 関係刑事事件	被疑者・被告人	住 所..... 氏 名..... 年 齡
	事 件 名	
	関係裁判所・裁判官・捜査機関	
1.2 関係証人・参考人・国選弁護士 住 所..... 氏 名..... 年 齡		
1.3 被害者の証人・参考人・国選弁護士との統柄・関係		
1.4 原因たる被害の内容	日 時	
	場 所	
	加 害 者	
	原 因	
	傷病の種別・部位・程度	
1.5 法4条関係	加害者と証人・参考人・国選弁護士との親族関係	有 () ・ 無
	加害者と被害者との親族関係	有 () ・ 無
	※ 2号該当	有 () ・ 無
	※ 3号該当	有 () ・ 無

2. 療養開始年月日	年 月 日														
3. 療養給付の有無	有 () ・ 無														
4. 傷 病															
4.1 傷 病 名															
4.2 傷病の部位															
4.3 傷病状況	(級 号該当)														
4.4 (医師の意見) 請求者の傷病については、4.1 から4.3 までに記載したとおりであると認めます。															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">年</td> <td style="width: 20%;">月</td> <td style="width: 20%;">日</td> <td style="width: 40%; border-left: 1px solid black;">所在地</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;">名 称</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;">医師氏名</td> </tr> </table> <div style="text-align: right;">Ⓜ</div>				年	月	日	所在地				名 称				医師氏名
年	月	日	所在地												
			名 称												
			医師氏名												
5. 令4条3項・4項該当者(4項該当者は続柄を○で囲む。)	氏 名	続柄	生年月日 (4)												
	(1)			(5)											
	(2)			(6)											
	(3)			(7)											
6. 通常得ている収入	1日 円 ()														
7. 請 求 金 額	× = 円														
8. 既存障害の部位及びその程度															
9. 他の法令による給付を受けたことの有無	有 () ・ 無														
10. 損害賠償を受けたことの有無	有 () ・ 無														
※11. 給付決定の内容 (年 月 日決定)															
11.1 給付基礎額	円	11.3 支給年金額		円											
11.2 傷病等級	級 号														

(記入上の注意)

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないでください。
- 2 「4.傷病」の欄は、医師から記入を受けてください(記載欄が不足するときは、適宜別紙に記載して添付してください。なお、傷病が外部から明らかに認められないときは、レントゲンフィルム又は写真を添付してください。)

(日本産業規格A列4番)