

障害給付年金請求書

(給付を行う者の官職氏名)		請求年月日： 年 月 日	
		請求者住所..... 氏 名..... [㊞]	
法務大臣.....殿			
下記により障害給付年金の支給の決定を請求します。			
1. 給付の要件			
1.1 関係刑事事件	被疑者・被告人	住 所..... 氏 名..... 年齢	
	事 件 名		
	関係裁判所・裁判官・捜査機関		
1.2 関係証人・参考人・国選弁護人			
		住 所.....	
		氏 名..... 年齢	
1.3 被害者の証人・参考人・国選弁護人との続柄・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・国選弁護人との親族関係	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. 療養給付の有無	有 () ・ 無				
3. 障 害					
3.1 傷 病 名					
3.2 傷病の部位					
3.3 治ゆ年月日					
3.4 障 害 状 況	(級 号該当)				
3.5 (医師の意見) 請求者の障害については、3.1 から3.4 までに記載したとおりであると認めます。					
年 月 日		所在地			
病院又は診療所の		名 称			
		医師氏名			
㊞					
4. 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)	
5. 通常得ている収入	1日 円 ()				
6. 請 求 金 額	× = 円				
7. 同一部位についての従前の障害	有 () ・ 無				
8. 他の法令による給付を受けたことの有無	有 () ・ 無				
9. 損害賠償を受けたことの有無	有 () ・ 無				
※10. 給付決定の内容 (年 月 日決定)					
10.1 給 付 基 礎 額	円	10.3 支給年金額		円	
10.2 障 害 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 「3.障害」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、障害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)