

様式第10号 (第11条関係)

書式C-5
FormC-5

公務外損害補償請求書

NON — OFFICIAL DUTY CLAIM

1. 請求者氏名 Claimant:	2. 整理番号 File Number:
3. 請求者住所 Claimant's Address:	4. 請求額 Amount Claimed: a. 療養補償 Medical Treatment ¥ b. 休業補償 Inability to Work ¥ c. 障害補償 Physical Handicap ¥ d. 遺族補償及び遺族旅費 Bereaved Family and their Travel Expenses ¥ e. 葬祭料 Funeral Rites ¥ f. 慰謝料 Pain and Suffering ¥ g. 財産補償 Property Damage ¥ 合計 Total ¥
5. 事故発生場所 Place of Accident:	
6. 事故発生年月日 Date of Accident:	
7. 米側当事者一氏名・所属 U.S. Party-Name and Organization:	
8. 事故内容 (関係者、財産及び事故の原因を明示し、損害、傷害又は死亡に関するすべての事実及び状況を簡単に記入すること。) Description of Accident:(State briefly all known facts and circumstances attending the damage, injury or death, identifying persons and property involved and the cause thereof.)	
9. 請求理由 Basis for Claim:	
10. 財産損害 (財産の種類及び所在並びに損害の性質及び範囲を簡単に記入すること。財産の所有者が請求者以外のときは、その住所・氏名を記入すること。) Property Damage:(Briefly describe kind and location of property and nature and extent of damage, state name and address of owner of property if other than claimant.)	
11. 身体傷害 (傷害の性質及び範囲を記入すること。) Personal Injury:(State nature and extent of injury.)	

12. 死亡 (請求額算定の基礎を記入すること。)
Death:(State calculations upon which damages are based.)

13. 証人
Witnesses:

氏名
Name:

住所
Address:

14. 請求者と被害者の関係及びその法的根拠
Relationship of claimant to injured or deceased person, and citation of law authorizing representation:

15. 本請求金額は、上記事故によつて生じた損害に対するもののみであり、かつ、上記の事実は、すべて真正である。
I declare that the amount of this claim covers only damage and injuries caused by the accident or incident described and that the foregoing statement is true and correct in every particular:

請求者の署名 (氏名は、第1欄のものと同じであること。)
Signature of Claimant:(Name should be exactly as shown in item 1.) _____

16. 参考事項
Remarks and Inclosures:

17. 証明
Certificate:

本翻訳は、正確であることを証明する。
Certified as a true translation:

署名
Signature: _____

日付
Date: _____

防衛局長
東海防衛支局長
Director, General, Defense Bureau
Director, Tokai Defense Branch
