様式第１９号（第18条関係）

（表面）

学校医等公務災害補償障害現状報告書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 八頭町教育委員会　様  下記のとおり障害の現状を報告します。  　　　　　　年　　月　　日  住所  報告者  氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | | |
| １　年金証書の番号 | | 第　　　　　　　　　　号 | | |
| ２　治癒年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| ３　障害等級 | | 第　　　　　　級　　　　　　号 | | |
| ４　傷病の経過又は障害の状況 | | | | |
| ５　日常生活の概況 | | | | |
| ６ | 当該傷病に関して支給されている年金の種類 | | 支給されている年金の額 | 支給されることとなった年月 |
| 受給関係  厚生年金保険法等の | □　厚生年金保険法の障害年金  □　国民年金法の障害年金  （障害福祉年金を除く。）  □　船員保険法の障害年金  （障害等級第　　級） | | 円 | 年　　月 |
| 年金証書の記号番号 | 所轄社会保険事務所等 |
|  |  |
| ７　添付する書類又はその他の資料名 | | |  | |

備考

１　報告者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。

２　「４　傷病の経過又は障害の状況」の欄の記入に当たっては、最近１年間について記入すること。

（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| ※　８　医師の証明 | |
| (ア)　傷病名又は障害の種類 | |
| (イ)　傷病の経過及び治療方法の概要 | |
| (ウ)　傷病又は障害の現状 | |
| (エ)　今後の見込み | |
| （報告者の氏名）  　　　　　　　　　　については上記のとおりであると認めます。  　　　　　　年　　月　　日 | |
| 病院又は診療所 | 所在地  名称  医師氏名　　　　　　　　　　㊞ |
|  | |