様式第４号（第４条関係）

学校医等公務災害補償休業補償請求書

請求第　回目（同一傷病についての請求回数）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 八頭町教育委員会　様 | 請求年月日 | 　　　　　　　年　　月　　日 |
| 請求者の住所氏名 |  |
| 下記の休業補償を請求します。 |
| ㊞ |
| 所属学校長の証明 | 学校医等の所属学校名 |  | 医師、歯科医師又は薬剤師としてのそれぞれの経験年数 |  | 氏名及び生年月日 | 年　　月　　日生 |
| ※業務上の疾病細分番号 |  | 負傷又は発病年月日 | 　　　　　年　　月　　日 | 性別 | 男　女 |
| △療養のため休業した期間 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　日間のうち | 収入を得なかった日数 | 日間 |
| 上記事項は、事実と相違ないことを証明します。　　　　　　年　　月　　日学校長氏名　　　　　　　　　　 |
| 医師の意見 | 傷病名、傷病の部位及びその程度 |  | △療養のため業務に従事できなかったと認められる期間 | 年　月　日から年　月　日まで |
| 傷病の経過の概要 | 　　年　月　日治癒、死亡、転医、現在継続中 | 上記の期間における診療日数 | 日 |
| 上記の者は、上記の傷病により、上記期間中療養のため業務に従事することができなかったものと認めます。住所　　　　　　　　　　　　　医療機関の　名称　　　　　　　　　　　　　職名及び氏名　　　　　　　　　　㊞ |
| △ | 療養のため業務に従事しなかった期間のうち、収入のない日数 | 日 | １日当たりの休業補償の額 | 補償基礎額×＝　　円 | 休業補償請求金額 | 円 |
| ※受理年月日 |  | ※決定年月日 |  | ※支払年月日 |  | ※No.　　　　 |

備考　１　請求者は、※印の欄は記入しないこと。

２　第二回以後の請求の場合における△印欄の記載については、前回の請求後の分について記載すること。