

徳島県公安委員会規則第七号

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する条例施行規則の一部を改正する規則を次のように定める。

令和七年四月十八日

徳島県公安委員会委員長 岡 田 好 史

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する条例施行規則の一部を改正する規則

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する条例施行規則（昭和四十三年徳島県公安委員会規則第四号）の一部を次のように改正する。

第七条第一項中「傷害給付年金請求書」を「傷病給付年金請求書」に改め、同条第三項中「（別記様式第九号）」を削る。

別記様式第四号、別記様式第五号、別記様式第六号及び別記様式第八号を次のように改める。

様式第 4 号（第 5 条関係）

障 害 給 付 一 時 金 請 求 書

（給付を実施する者の官職氏名） 殿 下記のとおり障害給付一時金を請求します。	請求年月日	年 月 日
	（請求者） 住 所 氏 名	
1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生)		
2 負傷又は発病の年月日 年 月 日	3 治ゆ年月日 年 月 日	
4 障 害 等 級 第 級		
5 障害の部位及びその程度		
6 既存障害とその程度		
7 障害給付一時金請求金額 （給付基礎額） （倍 数） 円 × = 円		
8 添付する書類その他の資料名		
受理 年 月 日	決定 年 月 日	支払 年 月 日
		決定金額 円

9 給 付 基 礎 額 の 証 明	給 付 基 礎 額			円	
	内 訳	基 準 額		円	
		扶養親族	子	人	円
			その他	人	円
	給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 官 職 氏 名 印				

- (注) 1 印の欄には記入しないこと。
- 2 「5 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 「6 既存障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害給付を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 4 この請求には、治ゆの時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書その他の資料を添付すること。

様式第5号（第5条関係）

遺族給付一時金請求書

(給付を実施する者の官職氏名) 殿 下記の遺族給付一時金を請求します。			請求年月日		年 月 日		
			(請求者) 住 所 氏 名 協力援助者との 続柄又は関係				
1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生)							
2 負傷又は発病の年月日 年 月 日				3 死亡年月日 年 月 日			
4 遺族給付一時金請求額の計算	受給権者の氏名		生年月日		協力援助者との 続柄又は関係		
遺族給付年金が支給されていた場合		年金の受給権者であつた者の氏名		年金証書の番号		支給された年金額の合計 (支給された前払一時金の額)	
						円	
						円	
						円	
		遺族給付年金前払一時金		支給されていた場合		円	
		総 計				円	
5 遺族給付一時金請求金額 円							
6 添付する書類その他の資料名							
受理 年 月 日		決定 年 月 日		支払 年 月 日		決定金額 円	

7 給 付 基 礎 額 の 証 明	給 付 基 礎 額			円	
	内 訳	基 準 額		円	
		扶養親族	子	人	円
			その他	人	円
	給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 官 職 氏 名				
印					

(注) 印の欄には記入しないこと。

葬祭給付請求書

(給付を実施する者の官職氏名) 殿	請求年月日	年 月 日	
	(請求者) 住 所 氏 名 協力援助者との 続柄又は関係		
下記のとおり葬祭給付を請求します。			
1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生)			
2 負傷又は発病の年月日 年 月 日		3 死亡年月日 年 月 日	
4 葬祭給付請求金額 (給付基礎額) (A) 円 + 円 × 30 = 円 (給付基礎額) (B) 円 × 60 = 円 (A)(B)のうち高い方の額 □(A) □(B) 円			
受理 年 月 日	決定 年 月 日	支払 年 月 日	決定金額 円

5 給 付 基 礎 額 の 証 明	給 付 基 礎 額			円	
	内 訳	基 準 額		円	
		扶養親族	子	人	円
			その他	人	円
	給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 官 職 氏 名 印				

(注) 印の欄には記入しないこと。

様式第 8 号（第 5 条関係）

休 業 給 付 請 求 書

			請求回数 第 回	
(給付を実施する者の官職氏名) 殿 下記のとおり休業給付を請求します。		請求年月日		年 月 日
		(請求者) 住 所 氏 名		
1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生)				
2 負傷又は発病の年月日 年 月 日				
3 請求日数		年 月 日から のう 年 月 日まで		
4 請求金額の計算		(給付基礎額) (日数) 円 × $\frac{60}{100}$ × = 円		
5 休業給付請求金額 円				
6 医 師 の 証 明	傷病名		現在の状態 年 月 日 ☐ 治ゆ ☐ 死亡 ☐ 中止 ☐ 継続中 ☐ 転医	
	(請求日数のうち療養のため業務に従事することができなかつたと認められる日数) 年 月 日から 年 月 日まで		(業務に従事することができなかつたと認められる理由)	
	上記の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			
受理 年 月 日		決定 年 月 日		支払 年 月 日
				決定金額 円
				添付書類 枚

7 給 付 基 礎 額 の 証 明	給 付 基 礎 額			円	
	内 訳	基 準 額		円	
		扶養親族	子	人	円
			その他	人	円
	給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 官 職 氏 名 印				

- (注) 1 印の欄には記入しないこと。
 2 該当する□にレ印を記入すること。
 3 第2回以後の請求の場合における「3 請求日数」の欄の記入については、前回の請求後の分について記入すること。
 4 第2回以後の請求の場合において給付基礎額に変更のない場合は、給付基礎額の内訳及び証明については省略してもよい。

別記様式第九号中「蛸」の次に「蛸」を加える。

別記様式第九号の二、別記様式第十号及び別記様式第十一号を次のように改める。

様式第 9 号の 2（第 7 条関係）

傷 病 給 付 年 金 請 求 書

	年金証書の番号		第	号
(給付を実施する者の官職氏名) 殿 下記のとお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 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生)				
2 負傷又は発病の年月日 年 月 日				
3 傷病等級 第 級		4 傷病等級該当年月日 年 月 日		
5 傷病の名称、部位及びその状態				
6 既存障害の部位及びその程度				
7 日常生活の状態				
8 傷病給付年金請求金額 (給付基礎額) (倍 数) 円 × = 円				
9 添付する書類その他の資料名				
受理 年 月 日	決定 年 月 日	支払 年 月 日	決定金額 円	

10 給 付 基 礎 額 の 証 明	給 付 基 礎 額			円	
	内 訳	基 準 額		円	
		扶養親族	子	人	円
			その他	人	円
	給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 官 職 氏 名 印				

- (注) 1 印の欄には記入しないこと。
- 2 「5 傷病の名称、部位及びその状態」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 この請求書には、傷病等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

様式第10号（第7条関係）

障 害 給 付 年 金 請 求 書

	年金証書の番号		第	号
(給付を実施する者の官職氏名) 殿 下記のとおり障害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 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生)				
2 負傷又は発病の年月日 年 月 日		3 治ゆ年月日 年 月 日		
4 障 害 等 級		第 級		
5 障害の部位及びその程度				
6 既存障害とその程度				
7 障害給付年金請求金額 (給付基礎額) (倍 数) 円 × = 円				
8 添付する書類その他の資料名				
受理 年 月 日	決定 年 月 日	支払 年 月 日	決定金額 円	

9 給 付 基 礎 額 の 証 明	給 付 基 礎 額			円	
	内 訳	基 準 額		円	
		扶養親族	子	人	円
			その他	人	円
	給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 官 職 氏 名 印				

- (注) 1 印の欄には記入しないこと。
- 2 「5 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 「6 既存障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害給付を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 4 この請求書には、治ゆの時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

様式第11号（第7条関係）

遺族給付年金請求書

			年金証書の番号		第	号
(給付を実施する者の官職氏名) 殿 下記のとおり遺族給付年金の支給の決定を請求します。			請求年月日		年 月 日	
			(請求者又は代表者) 住 所 氏 名 協力援助者との続柄			
1 協力援助者 住 所 氏 名 (年 月 日生)						
2 負傷又は発病の年月日 年 月 日			3 死亡年月日 年 月 日			
4 請求の事由		☐ 協力援助者の死亡 ☐ 先順位者の失権 ☐ 胎児であつた子の出生 ☐ 先順位者の所在不明				
5 請求者及び遺族給付年金を受けることができる遺族		氏 名	生年月日	住 所	協力援助者との続柄	備考
6 既に遺族給付年金を受けていた遺族		氏 名	生年月日	住 所	協力援助者との続柄	備考

7 遺族給付年金請求年額の計算	(給付基礎額) (倍 数) 円 × × $\frac{1}{(請求者の数)}$ = 円				
8 遺族給付年金請求額	請求者が1人の場合又は代表者を選任しない場合			円	
	代表者を選任した場合			(7 の請求金額)(請求者の数) × = 円	
9 添付する書類その他の資料名					
10 給付基礎額の証明	給 付 基 礎 額			円	
	内 訳	基 準 額		円	
		扶養親族	子	人	円
			その他	人	円
	給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 官 職 氏 名 印				
受理 年 月 日		決定 年 月 日		決定金額 円	

- (注) 1 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 「5 請求者及び遺族給付年金を受けることができる遺族」の欄の備考には、その者が請求者である時は(請)、その者が代表者である時は(代)、その者が身体若しくは精神に7級以上の障害等級の障害に該当する程度の障害がある状態又は負傷若しくは疾病が治らないで、身体の機能若しくは精神に軽易な労務以外の労務に服することができない程度以上の故障がある状態にある者であるときは(障)、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは(生)と明記すること。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する条例施行規則別記様式（次項において「旧様式」という。）による用紙は、この規則による改正後の別記様式（次項において「新様式」という。）によるものとみなす。

3 新様式に相当する旧様式による用紙については、当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。