

## 大阪広域環境施設組合規則第17号

### 大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例施行規則の一部を改正する規則

大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例施行規則（平成27年規則第65号）の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の破線で囲んだ部分をこれに順次対応する改正後欄に掲げる規定の破線で囲んだ部分のように改める。

| 改正後                             | 改正前                         |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 第1号様式（第2条関係）<br>〔様式 別紙2 挿入〕     | 第1号様式（第2条関係）<br>〔様式 別紙1 挿入〕 |
| 第2号様式（第2条関係）<br>〔様式 別紙4 挿入〕     | 第2号様式（第2条関係）<br>〔様式 別紙3 挿入〕 |
| 第3号様式（第2条関係）<br>〔様式 別紙6 挿入〕     | 第3号様式（第2条関係）<br>〔様式 別紙5 挿入〕 |
| 第4号様式（第2条関係）<br>〔様式 別紙8 挿入〕     | 第4号様式（第2条関係）<br>〔様式 別紙7 挿入〕 |
| 備考 表中及び表中に挿入される別紙の〔 〕の記載は注記である。 |                             |

#### 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 この規則の施行の際現に存するこの規則による改正前の大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例施行規則第1号様式から第4号様式までの規定による用紙は、この規則による改正後の大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間なおこれを使用することができる。

[第1号様式(第2条関係) 別紙1]

療養補償請求書

(大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例)

認定  
番号 第 号

|                                |                              |                       |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| .....殿<br>下記の療養補償を請求します。       |                              | 請求年月日 年 月 日           |
|                                |                              | 請求者の<br>住 所           |
|                                |                              | 氏 名 印                 |
| 1 所 属                          |                              |                       |
| 2 氏 名                          |                              | 3 職 種                 |
| 年 月 日生                         |                              | 4 負傷又は<br>発病年月日 年 月 日 |
| 5 請求金額                         |                              | 円                     |
| 明細                             | 6 療養に要した総額                   | 円                     |
|                                | 7 地方公務員災害補償法に<br>より受ける療養補償の額 | 円                     |
|                                | 上記6から7を差し引いた額                | 円                     |
|                                | 診療期間 年 月 日から 年 月 日           |                       |
| ※ 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>年 月 日 |                              |                       |
| 病院又は<br>診療所の                   |                              | 所在地<br>名 称<br>医師氏名 印  |
| 8 添付する書類その他の資料名                |                              |                       |

注 ※印欄は請求者が記入しないこと

|                  |           |    |    |    |    |
|------------------|-----------|----|----|----|----|
| ※<br>決<br>裁<br>欄 | 事務局長      | 部長 | 課長 | 係長 | 係員 |
|                  |           |    |    |    |    |
|                  | ※受理 年 月 日 |    |    |    |    |
|                  | ※決定 年 月 日 |    |    |    |    |
| ※支払 年 月 日        |           |    |    |    |    |
| ※決定金額 円          |           |    |    |    |    |

決定金額のとおり支給する。

[第1号様式(第2条関係) 別紙2]

療養補償請求書

(大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例)

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 認定<br>番号 | 第 | 号 |
|----------|---|---|

|                                |                              |                       |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| .....殿<br>下記の療養補償を請求します。       |                              | 請求年月日 年 月 日           |
|                                |                              | 請求者の<br>住 所           |
|                                |                              | 氏 名                   |
| 1 所 属                          |                              |                       |
| 2 氏 名                          |                              | 3 職 種                 |
| 年 月 日生                         |                              | 4 負傷又は<br>発病年月日 年 月 日 |
| 5 請求金額                         |                              | 円                     |
| 明細                             | 6 療養に要した総額                   | 円                     |
|                                | 7 地方公務員災害補償法に<br>より受ける療養補償の額 | 円                     |
|                                | 上記6から7を差し引いた額                | 円                     |
|                                | 診療期間 年 月 日から 年 月 日           |                       |
| ※ 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>年 月 日 |                              |                       |
| 病院又は<br>診療所の                   |                              | 所在地<br>名 称<br>医師氏名    |
| 8 添付する書類その他の資料名                |                              |                       |

注 ※印欄は請求者が記入しないこと

|       |       |
|-------|-------|
| ※受理   | 年 月 日 |
| ※決定   | 年 月 日 |
| ※支払   | 年 月 日 |
| ※決定金額 | 円     |

決定金額のとおり支給する。

休業補償請求書

(大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例)

認定  
番号 第 号

|                                |                                  |                       |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| .....殿<br>下記の休業補償を請求します。       |                                  | 請求年月日 年 月 日           |
|                                |                                  | 請求者の<br>住 所           |
|                                |                                  | 氏 名 印                 |
| 1 所 属                          |                                  |                       |
| 2 氏 名                          |                                  | 3 職 種                 |
| 年 月 日生                         |                                  | 4 負傷又は<br>発病年月日 年 月 日 |
| 5 請求金額                         |                                  | 円                     |
| 明細                             | 6 休業補償の総額                        | 円                     |
|                                | 7 地方公務員災害補償法により受ける休業補償・休業援護金の合算額 | 円                     |
|                                | 上記6から7を差し引いた額                    | 円                     |
|                                | 休業期間 年 月 日から 年 月 日               |                       |
| ※ 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>年 月 日 |                                  |                       |
|                                |                                  | 大阪広域環境施設組合 事務局長 印     |
| 8 添付する書類その他の資料名                |                                  |                       |

注 ※印欄は請求者が記入しないこと

|      |      |    |    |    |    |           |
|------|------|----|----|----|----|-----------|
| ※決裁欄 | 事務局長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係員 | ※受理 年 月 日 |
|      |      |    |    |    |    | ※決定 年 月 日 |
|      |      |    |    |    |    | ※支払 年 月 日 |
|      |      |    |    |    |    | ※決定金額 円   |

決定金額のとおり支給する。

[第2号様式(第2条関係) 別紙4]

休業補償請求書

(大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例)

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 認定<br>番号 | 第 | 号 |
|----------|---|---|

|                                |                                  |             |                 |   |               |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------|-----------------|---|---------------|
| .....殿<br>下記の休業補償を請求します。       |                                  | 請求年月日       | 年               | 月 | 日             |
|                                |                                  | 請求者の<br>住 所 |                 |   |               |
|                                |                                  | 氏 名         |                 |   |               |
| 1 所 属                          |                                  |             |                 |   |               |
| 2 氏 名                          |                                  |             | 3 職 種           |   |               |
| 年 月 日生                         |                                  |             | 4 負傷又は<br>発病年月日 |   |               |
| 5 請求金額                         |                                  |             |                 |   | 円             |
| 明細                             | 6 休業補償の総額                        |             |                 |   | 円             |
|                                | 7 地方公務員災害補償法により受ける休業補償・休業援護金の合算額 |             |                 |   | 円             |
|                                | 上記6から7を差し引いた額                    |             |                 |   | 円             |
|                                | 休業期間                             |             |                 |   | 年 月 日から 年 月 日 |
| ※ 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>年 月 日 |                                  |             |                 |   |               |
| .....<br>大阪広域環境施設組合 事務局長       |                                  |             |                 |   |               |
| 8 添付する書類その他の資料名                |                                  |             |                 |   |               |

注 ※印欄は請求者が記入しないこと

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| ※受理   | 年 | 月 | 日 |
| ※決定   | 年 | 月 | 日 |
| ※支払   | 年 | 月 | 日 |
| ※決定金額 | 円 |   |   |

決定金額のとおり支給する。

[第3号様式(第2条関係) 別紙5]

傷病補償年金請求書  
(大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例)

|                                |   |       |       |   |   |
|--------------------------------|---|-------|-------|---|---|
| .....殿<br>下記の傷病補償年金を請求します。     |   | 請求年月日 | 年     | 月 | 日 |
|                                |   | 請求者の  |       |   |   |
|                                |   | 住 所   |       |   |   |
|                                |   | 氏 名   | 印     |   |   |
| 1 所属                           |   |       |       |   |   |
| 2 氏名                           |   |       | 3 職種  |   |   |
| 年 月 日生                         |   |       |       |   |   |
| 4 負傷又は<br>発病年月日                |   |       | 5 傷病名 |   |   |
| 年 月 日                          |   |       |       |   |   |
| 6 部位及びその状態                     |   |       |       |   |   |
| 7 既存障害とその程度                    |   |       |       |   |   |
| 8 傷病の等級 第 級 号                  |   |       |       |   |   |
| 9 請求年金額 円                      |   |       |       |   |   |
| 明細                             | 10 傷病補償年金の総額 円                              |       |       |   |   |
|                                | 11 地方公務員災害補償法により受ける<br>傷病補償年金・傷病特別給付金の合算額 円 |       |       |   |   |
|                                | 上記10から11を差し引いた額 円                           |       |       |   |   |
|                                | 年金支給開始年月 年 月                                |       |       |   |   |
| ※ 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>年 月 日 |   |       |       |   |   |
| 大阪広域環境施設組合 事務局長                |   |       |       |   | 印 |
| 12 添付する書類その他の資料名               |   |       |       |   |   |

注 ※印欄は請求者が記入しないこと

|      |      |    |    |    |    |
|------|------|----|----|----|----|
| ※決裁欄 | 事務局長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係員 |
|      |      |    |    |    |    |

決定金額のとおり支給する。

|         |       |
|---------|-------|
| ※受理     | 年 月 日 |
| ※決定     | 年 月 日 |
| ※傷病の等級  | 級 号   |
| ※支給開始年月 | 年 月   |
| ※決定金額   | 円     |

[第3号様式(第2条関係) 別紙6]

傷病補償年金請求書  
(大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例)

|   |   |       |       |   |     |
|---|---|-------|-------|---|-----|
| .....殿<br>下記の傷病補償年金を請求します。                        |   | 請求年月日 | 年     | 月 | 日   |
|   |   | 請求者の  |       |   |     |
|   |   | 住 所   |       |   |     |
|   |   | 氏 名   |       |   |     |
| 1 所属  |   |       |       |   |     |
| 2 氏名  |   |       | 3 職種  |   |     |
| 年 月 日生  |   |       |       |   |     |
| 4 負傷又は<br>発病年月日                                   |   |       | 5 傷病名 |   |     |
| 年 月 日   |   |       |       |   |     |
| 6 部位及びその状態  |   |       |       |   |     |
| 7 既存障害とその程度                                       |   |       |       |   |     |
| 8 傷病の等級   |   |       |       |   |     |
|   |   | 第     | 級     | 号 |     |
| 9 請求年金額   |   |       |       |   |     |
|   |   |       |       |   | 円   |
| 明細  | 10 傷病補償年金の総額                              |       |       |   | 円   |
|   | 11 地方公務員災害補償法により受ける<br>傷病補償年金・傷病特別給付金の合算額 |       |       |   | 円   |
|   | 上記10から11を差し引いた額                           |       |       |   | 円   |
|   | 年金支給開始年月                                  |       |       |   | 年 月 |
| ※ 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>年 月 日<br>大阪広域環境施設組合 事務局長 |   |       |       |   |     |
| 12 添付する書類その他の資料名                                  |   |       |       |   |     |

注 ※印欄は請求者が記入しないこと

|         |       |
|---------|-------|
| ※受理     | 年 月 日 |
| ※決定     | 年 月 日 |
| ※傷病の等級  | 級 号   |
| ※支給開始年月 | 年 月   |
| ※決定金額   | 円     |

決定金額のとおり支給する。

[第4号様式(第2条関係) 別紙7]

遺族補償一時金請求書

(大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例)

認定  
番号 第 号

|                   |                                 |                 |   |
|-------------------|---------------------------------|-----------------|---|
| .....殿            |                                 | 請求年月日 年 月 日     |   |
| 下記の遺族補償一時金を請求します。 |                                 | 請求者の<br>住 所     |   |
|                   |                                 | 氏 名 印           |   |
| 1 死亡直前の所属         |                                 |                 |   |
| 2 氏 名             |                                 | 3 職 種           |   |
| 年 月 日生            |                                 | 4 死亡年月日 年 月 日   |   |
| 5 請求金額            |                                 |                 | 円   |
| 明細                | 6 遺族補償一時金の総額                    |                 | 円   |
|                   | 7 地方公務員災害補償法により<br>受ける遺族補償一時金の額 |                 | 円   |
|                   | 上記6から7を差し引いた額                   |                 | 円   |
| 受給権者の<br>氏名       | 生年月日                            | 死亡職員との<br>続柄・関係 | ※<br>上記のとおり相違ないことを証明<br>します。<br>年 月 日<br>大阪広域環境施設組合<br>事務局長 印 |
|                   |                                 |                 |   |
|                   |                                 |                 |   |
|                   |                                 |                 |   |
|                   |                                 |                 |   |
|                   |                                 |                 |   |
| 8 添付する書類その他の資料名   |                                 |                 |   |

注 ※印欄は請求者が記入しないこと

|                  |      |    |    |    |    |           |
|------------------|------|----|----|----|----|-----------|
| ※<br>決<br>裁<br>欄 | 事務局長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係員 | ※受理 年 月 日 |
|                  |      |    |    |    |    | ※決定 年 月 日 |
|                  |      |    |    |    |    | ※支払 年 月 日 |
|                  |      |    |    |    |    | ※決定金額 円   |

決定金額のとおり支給する。

遺族補償一時金請求書

(大阪広域環境施設組合職員公務災害等補償条例)

認定  
番号 第 号

|                   |                                 |                 |   |
|-------------------|---------------------------------|-----------------|---|
| .....殿            |                                 | 請求年月日 年 月 日     |   |
| 下記の遺族補償一時金を請求します。 |                                 | 請求者の<br>住 所     |   |
|                   |                                 | 氏 名             |   |
| 1 死亡直前の所属         |                                 |                 |   |
| 2 氏 名             |                                 | 3 職 種           |   |
| 年 月 日生            |                                 | 4 死亡年月日 年 月 日   |   |
| 5 請求金額            |                                 | 円               |   |
| 明細                | 6 遺族補償一時金の総額                    |                 | 円   |
|                   | 7 地方公務員災害補償法により<br>受ける遺族補償一時金の額 |                 | 円   |
|                   | 上記6から7を差し引いた額                   |                 | 円   |
| 受給権者の<br>氏名       | 生年月日                            | 死亡職員との<br>続柄・関係 | ※<br>上記のとおり相違ないことを証明<br>します。<br><br>年 月 日<br><br>大阪広域環境施設組合<br>事務局長 |
|                   |                                 |                 |   |
|                   |                                 |                 |   |
|                   |                                 |                 |   |
|                   |                                 |                 |   |
|                   |                                 |                 |   |
| 8 添付する書類その他の資料名   |                                 |                 |   |

注 ※印欄は請求者が記入しないこと

|       |       |
|-------|-------|
| ※受理   | 年 月 日 |
| ※決定   | 年 月 日 |
| ※支払   | 年 月 日 |
| ※決定金額 | 円     |

決定金額のとおり支給する。