

## 様式第2号の2

|                                                                          |                                                                  |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--|-----------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------|--|--|--|
| 法第2条第2項第2号及び第3号関係<br>兼業及び単身赴任者の住居間の移動の場合                                 |                                                                  |  | 通勤災害認定請求書 |                                                            |                                                           | ＊ 認 定 番 号 |  |  |  |
| 地方公務員災害補償基金<br><br>大分県 支部長 殿<br><br>下記の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。 |                                                                  |  |           | 請求年月日 年 月 日                                                |                                                           |           |  |  |  |
|                                                                          |                                                                  |  |           | ( 千 ー )                                                    |                                                           |           |  |  |  |
|                                                                          |                                                                  |  |           | 請求者の住所                                                     |                                                           |           |  |  |  |
|                                                                          |                                                                  |  |           | 電話番号                                                       |                                                           |           |  |  |  |
|                                                                          |                                                                  |  |           | フリガナ 氏 名                                                   |                                                           |           |  |  |  |
|                                                                          |                                                                  |  |           | 被災職員との続柄                                                   |                                                           |           |  |  |  |
|                                                                          |                                                                  |  |           | <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償基金からの通知を電子データ受け取ることを希望する |                                                           |           |  |  |  |
|                                                                          |                                                                  |  |           | メールアドレス                                                    |                                                           |           |  |  |  |
| 1<br><br>被災職員に関する事項                                                      | 所属団体名                                                            |  |           |                                                            | フリガナ                                                      |           |  |  |  |
|                                                                          | 所属部局名<br><br>(電話番号 )                                             |  |           |                                                            | 氏 名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |           |  |  |  |
|                                                                          |                                                                  |  |           |                                                            | 年 月 日生 ( 歳 )                                              |           |  |  |  |
|                                                                          | 職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 |  |           |                                                            | 共済組員・健康保険組員記号番号 第 号                                       |           |  |  |  |
|                                                                          | 災 害 発 生 の 日 時 年 月 日 ( 曜日 ) 午前 午後 時 分頃                            |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
|                                                                          | 災 害 発 生 の 場 所                                                    |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
|                                                                          | 傷 病 名                                                            |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
|                                                                          | 傷病の部位及びその程度                                                      |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
|                                                                          |                                                                  |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
| ＊ 受 理                                                                    |                                                                  |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
| 所 属 部 局                                                                  |                                                                  |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
| 年 月 日 年 月 日 年 月 日                                                        |                                                                  |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
| ＊ 認 定                                                                    |                                                                  |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
| 年 月 日 年 月 日                                                              |                                                                  |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
| ＊ 通 知                                                                    |                                                                  |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
| 年 月 日                                                                    |                                                                  |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                 |                                                                  |  |           |                                                            |                                                           |           |  |  |  |

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入する、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 2 請求者は、地方公務員災害補償基金からの通知を電子データで受け取ることを希望する場合は、メールアドレスを記入すること。
- 3 「1 被災職員に関する事項」の欄の「職名」は、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 4 この様式において「通勤」とは、職員が、勤務のため、①総務省令で定める就業の場所から勤務場所への移動、②住居と勤務場所との間の往復に先行する住居間の移動、③住居と勤務場所との間の往復に後続する住居間の移動を、合理的な経路及び方法により行うことをいい（公務の性質を有するものを除く。）、職員が、この移動の経路を逸脱し、又はこの移動を中断した場合においては、その逸脱又は中断の間及びその後の移動は、上記の通勤には該当しないこと。  
ただし、その逸脱又は中断が、日常生活上必要な行為であって総務省令で定めるものをやむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、その逸脱又は中断の間を除き、この限りでないこと。  
したがって、「2 災害発生状況等」の欄は、災害が上記の通勤により生じたものであることが明らかになるよう、その状況を記入すること。
- 5 「2 災害発生状況等」又は「\*5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、当該欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。
- 6 「2 災害発生状況等」の欄の（１）には、災害が注意事項４の①及び②の際に生じたものである場合は、勤務開始（予定）年月日及び時刻を、災害が注意事項４の③の移動の際に生じたものである場合は、勤務終了年月日及び時刻を記入すること。  
また、（２）には、災害が注意事項４の①の際に生じたものである場合は、就業の場所から離れた年月日及び時刻を、注意事項４の②の際に生じたものである場合は、家族が住む住居を離れた年月日及び時刻を、注意事項４の③の際に生じたものである場合は、単身赴任先の住居を離れた年月日及び時刻を記入すること。また、（３）は、災害が注意事項４の③の際に生じたものである場合に記入すること。

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---|----|
| 2         | (1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 勤務開始（予定）又は勤務終了の年月日及び時刻 | 年 | 月 | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 午前<br>午後 | 時 | 分頃 |
|           | (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 住居又は就業の場所を離れた年月日及び時刻   | 年 | 月 | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 午前<br>午後 | 時 | 分頃 |
|           | (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 勤務場所を離れた年月日及び時刻        | 年 | 月 | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 午前<br>午後 | 時 | 分頃 |
|           | (4)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 災害発生の状況                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
| * 3       | 1及び2については、上記のとおりであることを証明します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
| 長所の属証部明局の | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        | 月 | 日 | 所属部局の <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">名 称</div><br/> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">所 在 地</div><br/> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">長の職・氏名</div> </div> |          |   |    |
| 4 添付する資料名 | <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 通勤届の写<br><input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程<br><input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他 |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |
| * 5       | <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 40px; margin-right: 10px;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">       年      月      日<br/>       任命権者の職・氏名     </div>                                                                                                                                        |                        |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |    |

- 7 災害が注意事項4の①の際に生じたものである場合は、就業の場所の名称及び所在地を、注意事項4の②及び③の際に生じたものである場合は、家族が住む住所を、「2 災害発生の状況等」の欄の（4）に記入すること。
- 8 「\* 3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、基金に相談すること。
- 9 「\* 5 任命権者の意見」の欄の□は、下記の9種類の区分番号を記入すること。
- 1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員  
5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員
- 10 「\* 5 任命権者の意見」の欄の□は、下記の16種類の区分番号を記入すること。
- 01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師・助産師 04 その他の医療技術者 05 保育士・寄宿舎指導員等  
06 船員 07 土木技師・農林水産技師・建築技師 08 調理員 09 運転士・車掌等 10 義務教育学校教員  
11 義務教育学校以外の教員 12 その他の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員 15 清掃職員 16 その他の職員
- 11 年月日の記載には元号を用いる。