

傷病給付年金請求書

1号紙

(給付を行う者の官職氏名)		請求年月日： 年 月 日	
法務大臣殿		請求者住所.....	
下記により傷病給付年金の支給の決定を請求します。		氏 名..... [㊞]	
1. 給付の要件			
1.1 関係刑事事件	被疑者・被告人	住 所.....	氏 名..... 年齢
	事 件 名		
	関係裁判所・裁判官・捜査機関		
1.2 関係証人・参考人・国選弁護人			
		住 所.....	氏 名..... 年齢
1.3 被害者の証人・参考人・国選弁護人との続柄・関係			
1.4 原因たる被害の内容	日 時		
	場 所		
	加 害 者		
	原 因		
	傷病の種類・部位・程度		
1.5 法4条関係	加害者と証人・参考人・国選弁護人との親族関係	有 () ・無	
	加害者と被害者との親族関係	有 () ・無	
	※2号該当	有 () ・無	
	※3号該当	有 () ・無	

(日本産業規格A列4番)

2. 療養開始年月日	年 月 日					
3. 療養給付の有無	有 () ・ 無					
4. 傷 病						
4.1 傷 病 名						
4.2 傷 病 の 部 位						
4.3 傷 病 状 況	(級 号該当)					
4.4 (医師の意見)	<p>請求者の傷病については、4.1から4.3までに記載したとおりであると認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>病院又は診療所の</p>					
	所在地					
	名 称					
	医師氏名		⑩			
5. 令4条3項・4項該当者(4項該当者は続柄を○で囲む。)	氏 名	続柄	生年月日	(4)		
	(1)			(5)		
	(2)			(6)		
	(3)			(7)		
6. 通常得ている収入	1日 円 ()					
7. 請 求 金 額	× = 円					
8. 既存障害の部位及びその程度						
9. 他の法令による給付を受けたことの有無	有 () ・ 無					
10. 損害賠償を受けたことの有無	有 () ・ 無					
※11. 給付決定の内容 (年 月 日決定)						
11.1 給付基礎額	円		11.3 支給年金額	円		
11.2 傷病等級	級 号					

(記入上の注意)

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないでください。
- 2 「4. 傷病」の欄は、医師から記入を受けてください（記載欄が不足するときは、適宜別紙に記載して添付してください。なお、傷病が外部から明らかに認められないときは、レントゲンフィルム又は写真を添付してください。）。

(日本産業規格 A 列 4 番)