

障害給付一時金請求書

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.....	
下記により障害給付一時金を請求します。		氏 名.....㊞	
1. 給付の要件			
1.1 関 係 刑 事 事 件	被疑者・被告人	住 所.....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.....年齢
		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		
	傷病の種別・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. 療養給付の有無	有 () ・ 無					
3. 障 害						
3.1 傷 病 名						
3.2 傷 病 の 部 位						
3.3 治 ゆ 年 月 日						
3.4 障 害 状 況						
3.5 (医師の意見)	請求者の障害については、3.1から3.4までに記載した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	Ⓔ	
4. 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)		
5. 通常得ている収入額	1日 円 ()					
6. 請 求 金 額	× = 円					
7. 同一部位についての従前の障害	有 () ・ 無					
8. 他の法令による給付を受けたことの有無	有 () ・ 無					
9. 損害賠償を受けたことの有無	有 () ・ 無					
※10. 給付決定の内容	(年 月 日決定)					
10.1 給付基礎額	円		10.3 支給金額	円		
10.2 障害等級	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 「3. 障害」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、障害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）