

(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 _____	
下記の障害給付年金差額一時金を請求します。		氏 名 _____ (印)	
		被害者との続柄 _____	
1. 被害者に関する事項	(死亡時の障害等級)	(氏 名)	年 月 日生
	級	(死亡年月日)	年 月 日
	(既存障害とその程度)		
2. 障害給付年金差額一時金請求額の計算	障害給付年金が支給されていた場合	(年金証書番号)	(支給された年金額の合計)
	第 号		円
	障害給付年金前払一時金 ^が 支給されていた場合	(年金証書番号)	(支給された前払一時金の額)
	第 号		円
	総 計		円
	受給権者の氏名	被害者との続柄	(給付基礎額) (倍数) 支給された年金及び前払一時金の額の総計 (円 × 1 - 円) × _____ = 円 (受給権者の数)
3. 障害給付年金差額一時金の請求額			円
※4. 決 定	年 月 日	※5. 決定金額	円

(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 「(既存障害とその程度)」の欄には、既に障害のある被害者が、法による給付の原因によつて同一部位について障害の程度を加重した場合における加重前の障害及びその等級を記入してください。

(日本産業規格 A 列 4 番)