様式第39号

障害の現状報告書（傷病補償年金）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 認定番号 |  | |
| 地方公務員災害補償基金　長崎県支部長　殿  　障害の現状について下記のとおり報告します。  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　報告者の住所    　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名 | | | | | | | | |
| １　年金証書の番号 | | | 第　　　　　　　　　号 | | | | | |
| ２ | 傷病補償年金の  支給開始年月 | | 年　　　　 　月 | | | | | |
| ３　傷病等級 | | | 第　　　　　　　　　級 | | | | | |
| ４　障害の状況 | | | | | | | | |
| ５　日常生活の概要 | | | | | | | | |
| ６　他法年金の受給関係 | | | | | | | | |
| 年金の種類 | | 年金の年額 | | 年金証書の記号番号 | | 支給開始年月 | | 所轄年金事務所等 |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | ＊□支給　□支給停止(免責) | | | |

〔注意事項〕

１　この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。

２　報告者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

３　「４　障害の状況」の欄には、最近１年間について記入すること。

４　「５　日常生活の概要」の欄には、最近１年間について記入すること。また、この間に、所属団体を退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。

５　「年金の種類」の欄には、受給権者が傷病補償年金と同一の事由により受給する令附則第３条第１項の表の中欄に掲げる年金たる給付の名称を記入すること。

６　年月日の記載には元号を用いる。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊　７　医　師　の　証　明 | | | | | | |
| (1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等） | | | | | | |
| (2) 傷病の経過及び治療方法の概要 | | | | | | |
| (3) 傷病及び障害の現状 | | | | | | |
|  | 介護補償を受けている者にあっては、以下の項目についても記入して下さい。  （日常生活の状態） | | | | |  |
| ① 行動能力　□終日臥床  □自宅、病棟内でのみ行動できる  　　　　　　 □通院（単独歩行）できる |  | 理由 |  |  |
|  | | | | |
| ② 食　　事　□全く自用を弁じない  □他人の介助によってできる  　　　　　　 □支障がない |  | 理由 |  |  |
|  | | | | |
| ③ 用　　便　□全く自用を弁じない  □他人の介助によってできる  　　　　　　 □支障がない |  | 理由 |  |  |
|  | | | | |
| ④ 精神能力　□常に他人の厳重な注意を要する  □随時他人の注意を要する  　　　　　　 □通院可能であるが就労できない |  | 理由 |  |  |
|  | | | | |
| ⑤ 言語能力　□完全な失語あるいは構音機能の  　　　　　　　 喪失  □他人との間でようやく意思を通  　　　　　　　 じあうことができる  　　　　　　 □支障がない |  | 理由 |  |  |
|  | | | | |
|  | | | | | | |
| (4) 傷病及び障害の今後の見込み | | | | | | |
| （報告者の氏名）  については上記のとおりであると認めます。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  所　在　地  　　　　医療機関の 　名　　　称  医師の氏名 | | | | | | |