第９号様式

　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

損　害　補　償　費　支　給　申　請　書

青森県知事　殿

施設名

代表者

青森県における災害支援ナースの派遣に関する協定１１条第１項の規定による損害補償費を

支給されたく、別紙関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 負傷・疾病  又は死亡した者の状況 | 氏　名 |  | | | | 性　別 | 男・女 | | 生　年  月　日 |  |
| 住　所 |  | | | | | | | | |
| 職　種 |  | | 勤務先 |  | | | | | |
| 傷病名 |  | | | 受傷発病  年 月 日 | | |  | | |
| 死亡原因 |  | | | 死 亡 年 月 日 | | |  | | |
| 障害級別 |  | | 療養開始  年 月 日 |  | | | 治 癒  年月日 | |  | |
| 休業日数 | 年　月　日から  年　月　日まで　日間 | | | 休業期間中における  業務上の収入の有無 | | | | | 有　・　無 | |
| 補償基礎額 | 災害に際し応急措置の業務に従事した者に係る損害補償に関する条例第３条 第２項（　　　　）号該当 | | | | | | | | | |
| 損害補償費  支給申請額 |  | | | | | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | | | | | |

注１「補償基礎額」算出の証明書類（事業主の証明又は市町村長の証明のあるもの）を添付すること（療養補償費申請の時は不要）。

２　損害補償費申請の時は、医師の診断書及び療養費の領収書又は請求書を添付すること。

３　休業補償費申請の時は、診断書（休業が必要と認められる期間の記載のあるもの）及び事業主の証明書を添付すること。

４　障害補償費申請の時は、医師の意見を付した障害診断書を添付すること。

５　遺族補償費申請の時は、受給順位を明らかにした書類を添付すること。

６　葬祭補償費申請の時は、死亡診断書を添付すること。

７　打切補償費申請の時は、療養経過を明らかにした診断書を添付すること。

８　職種には、保健師、助産師、看護師、准看護師の別を記入してください。