

○ふじみ衛生組合職員の公務災害等に 伴う見舞金の支給に関する条例施行 規則

(平成元年3月7日)
規則第1号

(趣旨)

第1条 この規則は、ふじみ衛生組合職員の公務災害等に伴う見舞金の支給に関する条例(平成元年2月ふじみ衛生組合条例第2号。以下「条例」という。)の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(遺族の範囲及び順位)

第2条 条例第6条第1項に規定する見舞金を受けることができる遺族は、次の各号に掲げる者であって、職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していたものとする。

- (1) 配偶者(婚姻の届出をしていないが、職員の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。)
- (2) 子
- (3) 父母
- (4) 孫
- (5) 祖父母
- (6) 兄弟姉妹

2 前項の見舞金を受けるべき遺族の順位は、前項各号に掲げる者の順序とし、父母については、養父母を先にし、実父母を後にする。

(申請の手続等)

第3条 条例第10条に規定する見舞金の申請は、次の各号に掲げる見舞金の種類に応じ、当該各号に掲げる見舞金の申請書にそれぞれ申請の原因となった事実を証明することができる書類その他の資料を添え、所属長(非常勤の職員にあっては、当該非常勤の職員の業務を管理又は統括する者をいう。以下同じ。)を経て管理者に提出するものとする。

- (1) 公務災害死亡見舞金 災害死亡見舞金申請書(様式第1号)
- (2) 通勤災害死亡見舞金 災害死亡見舞金申請書
- (3) 公務災害障害見舞金 災害障害見舞金申請書(様式第2号)

(4) 通勤災害障害見舞金 災害障害見舞金申請書

- 2 前項の場合において、障害見舞金を受けようとする職員が申請前に死亡したときは、当該職員の遺族が申請をすることができる。

(申請の代表)

第4条 前条第1項の死亡見舞金の申請があった場合において、見舞金を受けることができる遺族が2人以上あるときは、これらの者は、そのうちの1人を死亡見舞金の申請及び受領についての代表者に選任しなければならない。ただし、やむを得ない事情のため代表者を選出することができないときは、この限りでない。

- 2 前項の規定により、代表者に選任された者は、その旨を証明することができる書類を管理者に提出しなければならない。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

第4類 給与 (職員の公務災害等に伴う見舞金の支給に関する条例施行規則)

様式第1号 (第3条関係)

公務災害等死亡見舞金申請書

		認定番号	
ふじみ衛生組合管理者 殿		申請年月日 年 月 日	
ふじみ衛生組合職員の公務災害等に伴う見舞金の支給に関する条例第10条及び同条例施行規則第3条の規定により、次のとおり死亡見舞金の支給を申請します。		申請者住所	
		申請者氏名 印	
		死亡職員との続柄	
見舞金の種類	<input type="checkbox"/> 公務災害死亡見舞金 <input type="checkbox"/> 通勤災害死亡見舞金		
申請金額	円		
死亡した職員に関する事項	(所属)		
	(職務名)		
	(氏名) 年 月 日生		
	(職員の区分)		
	<input type="checkbox"/> 常勤職員 <input type="checkbox"/> 議員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員		
	(負傷・発病年月日) 年 月 日		
見舞金を受け る遺族	(死亡年月日及び死亡時の年齢)		
	年 月 日	歳	
	氏 名	死亡職員 との続柄	住 所
自賠法適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
所属長の証明	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 住 所 名 称 職氏名 印		
添付書類			

事故の概要

(注意事項)

- 1 該当する□にレ印をすること。
- 2 この申請には、次の書類を添付すること。
 - (1) 地方公務員災害補償基金その他の公務災害補償等の実施機関が行った公務災害の認定通知書の写し又は通勤災害の認定通知書の写し
 - (2) 申請者と死亡職員との続柄を明らかにすることのできる書類
 - (3) 申請者と死亡職員との生計維持関係を明らかにすることのできる書類
 - (4) 申請者の印鑑証明書

第4類 給与 (職員の公務災害等に伴う見舞金の支給に関する条例施行規則)

様式第2号 (第3条関係)

公務災害等障害見舞金申請書

		認定番号	
ふじみ衛生組合管理者 殿		申請年月日	年 月 日
ふじみ衛生組合職員の公務災害等に伴う見舞金の支給に関する条例第10条及び同条例施行規則第3条の規定により、次のとおり障害見舞金の支給を申請します。		申請者住所	
		申請者氏名	印
見舞金の種類	<input type="checkbox"/> 公務災害障害見舞金 <input type="checkbox"/> 通勤災害障害見舞金		
申請金額	円		
職員に関する事項	(所 属)		
	(職務名)		
	(氏 名) 年 月 日生		
	(職員の区分)		
	<input type="checkbox"/> 常勤職員 <input type="checkbox"/> 議員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員		
	(負傷・発病年月日) 年 月 日		
障害の内容	(治癒年月日及び治癒時の年齢)		
	年 月 日 歳		
	(傷病名)		
	(障害の部位及びその程度)		
自賠法適用の有無	(障害等級)		
	(既存の障害とその程度)		
自賠法適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
所属長の証明	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 住 所 名 称 職氏名 印		
添付書類			

事故の概要

(注意事項)

- 1 該当する□にレ印をすること。
- 2 この申請には、地方公務員災害補償基金その他の公務災害補償等の実施機関が行った公務災害の認定通知書の写し又は通勤災害の認定通知書の写し及び障害補償の決定通知書の写しを添付すること。