

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

支部長 殿

下記のとおり障害の現状について報告します。

年 月 日

報告者の住所

フリガナ  
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 第
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  支給停止（免責）

〔注意事項〕

- この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。
- 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。
- 「4 障害の状況」の欄は、最近1年間について記入すること。
- 「5 日常生活の概要」の欄は、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。
- 「6 他法年金の受給関係」の欄の「年金の種類」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地方公務員災害補償法施行令（昭和42年政令第274号）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。
- 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つては、以下の項目についても記入してください。

(日常生活の状態)

- |        |   |    |
|--------|---|----|
| ① 行動能力 | <input type="checkbox"/> 終日臥床<br><input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる<br><input type="checkbox"/> 通院(単独歩行)できる                    | 理由 |
| ② 食事   | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> 支障がない                       | 理由 |
| ③ 用便   | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> 支障がない                       | 理由 |
| ④ 精神能力 | <input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する<br><input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する<br><input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない          | 理由 |
| ⑤ 言語能力 | <input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失<br><input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じあ<br>うことができる<br><input type="checkbox"/> 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

医療機関の { 名称  
所在地  
医師の氏名