

○ 福祉事業の実施に関する規程（昭和49年7月16日基金規程第3号）新旧対照表

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前																																																																																																																																																																																																																								
<p>別記基金様式第1号</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;"><input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員</td> <td style="width:45%; text-align: center;">福祉事業承認申請書</td> <td style="width:15%; text-align: right;">申請年月日</td> <td style="width:10%; text-align: center;">年</td> <td style="width:10%; text-align: center;">月</td> <td style="width:5%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿</td> <td colspan="4">申請者の住所 〒</td> </tr> <tr> <td colspan="2">下記のとおり福祉事業を受けたいので申請します。</td> <td colspan="4">ふりがな氏名</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">損害補償を行う</td> <td>都</td> <td>市</td> <td>事故発生日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>道</td> <td>町</td> <td>治ゆした日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">市町村又は組合名</td> <td>府</td> <td>村</td> <td>傷病等級</td> <td>第</td> <td>級</td> <td>号</td> </tr> <tr> <td>県</td> <td>組合</td> <td>障害等級</td> <td>第</td> <td>級</td> <td>号</td> </tr> <tr> <td colspan="2">傷病名、障害の部位</td> <td colspan="4">年金支払決定番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2">福祉事業の種類</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 外科後処置 <input type="checkbox"/> 補装具(□支給□修理□再支給) <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> アフターケア <input type="checkbox"/> 在宅介護を行う介護人の派遣 <input type="checkbox"/> 旅行費 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">福祉事業を必要とする理由及びその内容</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">希望する期間</td> <td colspan="4">年 月 日から 日間(週間、 時間) 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">希望する施設名及び所在地</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">送金先</td> <td rowspan="2">振込み</td> <td>振込先</td> <td colspan="3">銀行・信金・信組 本店</td> </tr> <tr> <td>金融機関名</td> <td colspan="3">農協・漁協 支店</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 口座番号 </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td colspan="4">ふりがな氏名 預金名義者</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※ 受理</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>※ <input type="checkbox"/> 承認決定 <input type="checkbox"/> 不承認決定</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>※ 通知</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table> <p>[注意事項] (略)</p>	<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員	福祉事業承認申請書	申請年月日	年	月	日	消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		申請者の住所 〒				下記のとおり福祉事業を受けたいので申請します。		ふりがな氏名				損害補償を行う	都	市	事故発生日	年	月	日	道	町	治ゆした日	年	月	日	市町村又は組合名	府	村	傷病等級	第	級	号	県	組合	障害等級	第	級	号	傷病名、障害の部位		年金支払決定番号				福祉事業の種類		<input type="checkbox"/> 外科後処置 <input type="checkbox"/> 補装具(□支給□修理□再支給) <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> アフターケア <input type="checkbox"/> 在宅介護を行う介護人の派遣 <input type="checkbox"/> 旅行費				福祉事業を必要とする理由及びその内容						希望する期間		年 月 日から 日間(週間、 時間) 年 月 日まで				希望する施設名及び所在地						送金先	振込み	振込先	銀行・信金・信組 本店			金融機関名	農協・漁協 支店			<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 口座番号					その他		ふりがな氏名 預金名義者				※ 受理		年	月	日	※ <input type="checkbox"/> 承認決定 <input type="checkbox"/> 不承認決定	年	月	日	※ 通知	年	月	日	<p>別記基金様式第1号</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;"><input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員</td> <td style="width:45%; text-align: center;">福祉事業承認申請書</td> <td style="width:15%; text-align: right;">申請年月日</td> <td style="width:10%; text-align: center;">年</td> <td style="width:10%; text-align: center;">月</td> <td style="width:5%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿</td> <td colspan="4">申請者の住所 〒</td> </tr> <tr> <td colspan="2">下記のとおり福祉事業を受けたいので申請します。</td> <td colspan="4">ふりがな氏名</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">損害補償を行う</td> <td>都</td> <td>市</td> <td>事故発生日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>道</td> <td>町</td> <td>治ゆした日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">市町村又は組合名</td> <td>府</td> <td>村</td> <td>傷病等級</td> <td>第</td> <td>級</td> <td>号</td> </tr> <tr> <td>県</td> <td>組合</td> <td>障害等級</td> <td>第</td> <td>級</td> <td>号</td> </tr> <tr> <td colspan="2">傷病名、障害の部位</td> <td colspan="4">年金支払決定番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2">福祉事業の種類</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 外科後処置 <input type="checkbox"/> 補装具(□支給□修理□再支給) <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> アフターケア <input type="checkbox"/> 在宅介護を行う介護人の派遣 <input type="checkbox"/> 旅行費 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">福祉事業を必要とする理由及びその内容</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">希望する期間</td> <td colspan="4">年 月 日から 日間(週間、 時間) 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">希望する施設名及び所在地</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">送金先</td> <td rowspan="2">振込み</td> <td>振込先</td> <td colspan="3">銀行・信金・信組 本店</td> </tr> <tr> <td>金融機関名</td> <td colspan="3">農協・漁協 支店</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 口座番号 </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他</td> <td colspan="4">ふりがな氏名 預金名義者</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※ 受理</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>※ <input type="checkbox"/> 承認決定 <input type="checkbox"/> 不承認決定</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>※ 通知</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table> <p>[注意事項] (略)</p>	<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員	福祉事業承認申請書	申請年月日	年	月	日	消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		申請者の住所 〒				下記のとおり福祉事業を受けたいので申請します。		ふりがな氏名				損害補償を行う	都	市	事故発生日	年	月	日	道	町	治ゆした日	年	月	日	市町村又は組合名	府	村	傷病等級	第	級	号	県	組合	障害等級	第	級	号	傷病名、障害の部位		年金支払決定番号				福祉事業の種類		<input type="checkbox"/> 外科後処置 <input type="checkbox"/> 補装具(□支給□修理□再支給) <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> アフターケア <input type="checkbox"/> 在宅介護を行う介護人の派遣 <input type="checkbox"/> 旅行費				福祉事業を必要とする理由及びその内容						希望する期間		年 月 日から 日間(週間、 時間) 年 月 日まで				希望する施設名及び所在地						送金先	振込み	振込先	銀行・信金・信組 本店			金融機関名	農協・漁協 支店			<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 口座番号					その他		ふりがな氏名 預金名義者				※ 受理		年	月	日	※ <input type="checkbox"/> 承認決定 <input type="checkbox"/> 不承認決定	年	月	日	※ 通知	年	月	日
<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員	福祉事業承認申請書	申請年月日	年	月	日																																																																																																																																																																																																																				
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		申請者の住所 〒																																																																																																																																																																																																																							
下記のとおり福祉事業を受けたいので申請します。		ふりがな氏名																																																																																																																																																																																																																							
損害補償を行う	都	市	事故発生日	年	月	日																																																																																																																																																																																																																			
	道	町	治ゆした日	年	月	日																																																																																																																																																																																																																			
市町村又は組合名	府	村	傷病等級	第	級	号																																																																																																																																																																																																																			
	県	組合	障害等級	第	級	号																																																																																																																																																																																																																			
傷病名、障害の部位		年金支払決定番号																																																																																																																																																																																																																							
福祉事業の種類		<input type="checkbox"/> 外科後処置 <input type="checkbox"/> 補装具(□支給□修理□再支給) <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> アフターケア <input type="checkbox"/> 在宅介護を行う介護人の派遣 <input type="checkbox"/> 旅行費																																																																																																																																																																																																																							
福祉事業を必要とする理由及びその内容																																																																																																																																																																																																																									
希望する期間		年 月 日から 日間(週間、 時間) 年 月 日まで																																																																																																																																																																																																																							
希望する施設名及び所在地																																																																																																																																																																																																																									
送金先	振込み	振込先	銀行・信金・信組 本店																																																																																																																																																																																																																						
		金融機関名	農協・漁協 支店																																																																																																																																																																																																																						
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 口座番号																																																																																																																																																																																																																								
その他		ふりがな氏名 預金名義者																																																																																																																																																																																																																							
※ 受理		年	月	日	※ <input type="checkbox"/> 承認決定 <input type="checkbox"/> 不承認決定	年	月	日	※ 通知	年	月	日																																																																																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員	福祉事業承認申請書	申請年月日	年	月	日																																																																																																																																																																																																																				
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		申請者の住所 〒																																																																																																																																																																																																																							
下記のとおり福祉事業を受けたいので申請します。		ふりがな氏名																																																																																																																																																																																																																							
損害補償を行う	都	市	事故発生日	年	月	日																																																																																																																																																																																																																			
	道	町	治ゆした日	年	月	日																																																																																																																																																																																																																			
市町村又は組合名	府	村	傷病等級	第	級	号																																																																																																																																																																																																																			
	県	組合	障害等級	第	級	号																																																																																																																																																																																																																			
傷病名、障害の部位		年金支払決定番号																																																																																																																																																																																																																							
福祉事業の種類		<input type="checkbox"/> 外科後処置 <input type="checkbox"/> 補装具(□支給□修理□再支給) <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> アフターケア <input type="checkbox"/> 在宅介護を行う介護人の派遣 <input type="checkbox"/> 旅行費																																																																																																																																																																																																																							
福祉事業を必要とする理由及びその内容																																																																																																																																																																																																																									
希望する期間		年 月 日から 日間(週間、 時間) 年 月 日まで																																																																																																																																																																																																																							
希望する施設名及び所在地																																																																																																																																																																																																																									
送金先	振込み	振込先	銀行・信金・信組 本店																																																																																																																																																																																																																						
		金融機関名	農協・漁協 支店																																																																																																																																																																																																																						
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 口座番号																																																																																																																																																																																																																								
その他		ふりがな氏名 預金名義者																																																																																																																																																																																																																							
※ 受理		年	月	日	※ <input type="checkbox"/> 承認決定 <input type="checkbox"/> 不承認決定	年	月	日	※ 通知	年	月	日																																																																																																																																																																																																													

別記基金様式第2号の2

福祉事業費支給決定通知書

消基発第 号
年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長

福祉事業費の支給決定について

御請求のありました福祉事業費については、審査の結果、下記のとおり決定しましたので、御通知申し上げます。

記

- 1 福祉事業費支給額 _____ 円
 2 支払日 _____ 年 月 日
 氏 名 _____
 構成市町村 _____
 種 別 _____
 (内 訳)

種 別	回 数	請 求 日	金 額
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
福 祉 事 業 費 合 計			

別記基金様式第2号の2

福祉事業費支給決定通知書

消基発第 号
年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 印

福祉事業費の支給決定について

御請求のありました福祉事業費については、審査の結果、下記のとおり決定しましたので、御通知申し上げます。

記

- 1 福祉事業費支給額 _____ 円
 2 支払日 _____ 年 月 日
 氏 名 _____
 構成市町村 _____
 種 別 _____
 (内 訳)

種 別	回 数	請 求 日	金 額
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
福 祉 事 業 費 合 計			

消基発第 号
年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長

奨学援護金決定通知書

下記のとおり奨学援護金の支給を決定したので通知します。

消防団員又は水防団員	承認番号	支給年度	種 別	住 所
	-	年度		
	氏 名	性別	生 年 月 日	
			年 月 日	

奨学援護金を 受ける者の氏名	(複数の場合は その代表者)	団員との関係	支給開始年月
			年 月

在学者等の氏名	学校等の区分	学年	支給開始年月	支給終了(予定)年月	支給月額 改定事項	支給月額
		年	年 月 月	年 月 月		円
		年	年 月 月	年 月 月		円
		年	年 月 月	年 月 月		円
		年	年 月 月	年 月 月		円
		年	年 月 月	年 月 月		円
支 給 月 額 合 計						円
各 期 の 支 給 額						円

備 考			
学校等の区分	改定事由		
1-0: 小学校	7-1: 大学・大学院	1: 月額改定	6: 支給停止
3-0: 中学校	7-2: 短期大学	2: 入学・入校	7: 支給停止解除
5-1: 高校(全日制)	7-3: 大学(通信教育・専攻科・別科)	3: 年金異動に	8: 婚姻
5-2: 高校(定時制)	7-4: 高専(4~5学年)	伴う異動	9: 死亡
5-3: 高校(通信制・専攻科・別科)	7-5: 専修(専門課程)	4: 卒業・修了	10: その他
5-4: 高専(1~3学年)	7-6: 職業訓練施設(5-6を除くもの)	5: 退学	
5-5: 専修(高等・一般課程)	・職業訓練大学校		
5-6: 職業訓練施設(第一類)			

[注意事項] (略)

消基発第 号
年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長

奨学援護金決定通知書

下記のとおり奨学援護金の支給を決定したので通知します。

消防団員又は水防団員	承認番号	支給年度	種 別	住 所
	-	年度		
	氏 名	性別	生 年 月 日	
			年 月 日	

奨学援護金を 受ける者の氏名	(複数の場合は その代表者)	団員との関係	支給開始年月
			年 月

在学者等の氏名	学校等の区分	学年	支給開始年月	支給終了(予定)年月	支給月額 改定事項	支給月額
		年	年 月 月	年 月 月		円
		年	年 月 月	年 月 月		円
		年	年 月 月	年 月 月		円
		年	年 月 月	年 月 月		円
		年	年 月 月	年 月 月		円
支 給 月 額 合 計						円
各 期 の 支 給 額						円

備 考			
学校等の区分	改定事由		
1-0: 小学校	7-1: 大学・大学院	1: 月額改定	6: 支給停止
3-0: 中学校	7-2: 短期大学	2: 入学・入校	7: 支給停止解除
5-1: 高校(全日制)	7-3: 大学(通信教育・専攻科・別科)	3: 年金異動に	8: 婚姻
5-2: 高校(定時制)	7-4: 高専(4~5学年)	伴う異動	9: 死亡
5-3: 高校(通信制・専攻科・別科)	7-5: 専修(専門課程)	4: 卒業・修了	10: その他
5-4: 高専(1~3学年)	7-6: 職業訓練施設(5-6を除くもの)	5: 退学	
5-5: 専修(高等・一般課程)	・職業訓練大学校		
5-6: 職業訓練施設(第一類)			

[注意事項] (略)

消基発第 号
年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長

就労保育援護金決定通知書

下記のとおり就労保育援護金の支給を決定しましたので通知します。

記

消防団員又は水防団員	承認番号	事故年度	種別	住所
	-	年度		
	氏名	性別	生年月日	
			年 月 日	

就労保育援護金を 受ける者の氏名 (複数の場合は その代表者)	団員との続柄	支給開始年月
		年 月

保育児氏名	年齢	支給開始年月	支給終了(予定)年月	支給月額額 改定事由	支給月額
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
支給月額額合計					円
各期の支給額					円

支給月額額改定事由
1:月額改定 2:死亡 3:年金異動に伴う異動 4:小学校入学 5:保育所等への入所 6:その他
備 考

[注意事項] (略)

消基発第 号
年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長



就労保育援護金決定通知書

下記のとおり就労保育援護金の支給を決定しましたので通知します。

記

消防団員又は水防団員	承認番号	事故年度	種別	住所
	-	年度		
	氏名	性別	生年月日	
			年 月 日	

就労保育援護金を 受ける者の氏名 (複数の場合は その代表者)	団員との続柄	支給開始年月
		年 月

保育児氏名	年齢	支給開始年月	支給終了(予定)年月	支給月額額 改定事由	支給月額
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
	歳	年 月	年 月		円
支給月額額合計					円
各期の支給額					円

支給月額額改定事由
1:月額改定 2:死亡 3:年金異動に伴う異動 4:小学校入学 5:保育所等への入所 6:その他
備 考

[注意事項] (略)

消基発第 号

年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長

特別給付金(年金)決定通知書

下記のとおり特別給付金(年金)の支給を決定したので通知します。

1 消防団員又は 本消防団員	年金支払決定番号		事故年度		種 別		住 所			
	— —		— 年度							
	氏 名		性別	生 年 月 日						
				年 月 日						
2 年金の種類		3 受給権者の氏名								
4 等級		5 特殊公務災害								
第 級										
6 補償基礎額				7 遺族補償年金の額の算定の基礎となる遺族数				8 7の人数に 含まれない 特別遺族数		
円		円		円		円		円		
基礎額		扶養加算額		配偶者		子	父母	孫	祖父母	兄弟姉妹
				人		人	人	人	人	人
9 特別給付金(年金)支給額		10 各期の支給額			11 支給開始年月					
円		円			年 月					
12 年 金 改 定 事 由										
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										
13 特別給付金(年金)支給停止										
1 遺族補償年金を受ける権利を有する者の所在が1年以上明らかでない場合には、同順位者があるときは同順位者の、同順位者がいないときは次順位者の申請によって、その所在が明らかでない間、その者に支給すべき遺族特別給付金(年金)の支給を停止する。										
2 遺族補償年金を受ける権利を有する者が特例遺族である場合には、その者が支給停止解除年齢に達するまでの間、その者に支給すべき遺族特別給付金(年金)の支給を停止する。										
14 備 考										

[注意事項] (略)

消基発第 号

年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長

印

特別給付金(年金)決定通知書

下記のとおり特別給付金(年金)の支給を決定したので通知します。

1 消防団員又は 本消防団員	年金支払決定番号		事故年度		種 別		住 所			
	— —		— 年度							
	氏 名		性別	生 年 月 日						
				年 月 日						
2 年金の種類		3 受給権者の氏名								
4 等級		5 特殊公務災害								
第 級										
6 補償基礎額				7 遺族補償年金の額の算定の基礎となる遺族数				8 7の人数に 含まれない 特別遺族数		
円		円		円		円		円		
基礎額		扶養加算額		配偶者		子	父母	孫	祖父母	兄弟姉妹
				人		人	人	人	人	人
9 特別給付金(年金)支給額		10 各期の支給額			11 支給開始年月					
円		円			年 月					
12 年 金 改 定 事 由										
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										
13 特別給付金(年金)支給停止										
1 遺族補償年金を受ける権利を有する者の所在が1年以上明らかでない場合には、同順位者があるときは同順位者の、同順位者がいないときは次順位者の申請によって、その所在が明らかでない間、その者に支給すべき遺族特別給付金(年金)の支給を停止する。										
2 遺族補償年金を受ける権利を有する者が特例遺族である場合には、その者が支給停止解除年齢に達するまでの間、その者に支給すべき遺族特別給付金(年金)の支給を停止する。										
14 備 考										

[注意事項] (略)

別記基金様式第6号		承認番号			
<input type="checkbox"/> 消防団員	<input type="checkbox"/> 外科後処置費請求書	請求年月日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 水防団員	<input type="checkbox"/> アフターケア費請求書	請求回数	第 回 (年 月 分)		
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 様 下記のとおりを請求します。		請求者の住所 氏 名			
<input type="checkbox"/> 外科後処置費 <input type="checkbox"/> アフターケア費					
1 損害補償を行う市町村又は組合名	都 道 府 県	市 町 村 組 合	事 故 発 生 日 治 ゆ じ た 年 月 日	年 月 日	
2 傷病名及び障害の部位			障 害 等 級 年 金 支 払 決 定 番 号	第 級 号 シ - -	
この請求書による <input type="checkbox"/> 外科後処置費 <input type="checkbox"/> アフターケア費のうち、診療費、調剤費、施術料又は看護料のうち訪問看護に係る費用の受領を下記の者に委任します。 委任者の氏名 _____					
上記の委任に基づき、この請求書による <input type="checkbox"/> 外科後処置費 <input type="checkbox"/> アフターケア費のうち、診療費、調剤費、施術料又は看護料のうち訪問看護に係る費用の請求をします。					
3 診療費等の受領委任	所在地	送 振 込 先 金 融 機 関 名	金 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 別段預金 [口座番号]		
	医療機関等の名称	先 氏 名 (代表者)	預 金 名 義 者		
4 診療費	内訳は、別紙1号紙「診療費請求明細書(病院・診療所用)」記載のとおり		(請求額)	※ (審査)	
5 調剤費	内訳は、別紙2号紙「調剤費請求明細書(薬局用)」記載のとおり		円	円	
6 施術料	内訳は、別紙3号紙「施術料請求明細書(柔道整復師等用)」記載のとおり				
7 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者 <input type="checkbox"/> 親族・友人	内訳は、別添4号紙「訪問看護事業者の証明書」のとおり	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
8 移送費	交通機関の種類	路 程	から まで	回	
	<input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	キロメートル	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		
9 外科後処置に係る日当	年 月 日から 日間 年 月 日まで				
10 上記以外の診(施)療費					
11 請求額 (4~10の合計額)					
※ 支給額 円 ※受領 年 月 日 ※送金 年 月 日					
[注意事項] (略)					

別記基金様式第6号		承認番号			
<input type="checkbox"/> 消防団員	<input type="checkbox"/> 外科後処置費請求書	請求年月日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 水防団員	<input type="checkbox"/> アフターケア費請求書	請求回数	第 回 (年 月 分)		
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 様 下記のとおりを請求します。		請求者の住所 氏 名			
<input type="checkbox"/> 外科後処置費 <input type="checkbox"/> アフターケア費					
1 損害補償を行う市町村又は組合名	都 道 府 県	市 町 村 組 合	事 故 発 生 日 治 ゆ じ た 年 月 日	年 月 日	
2 傷病名及び障害の部位			障 害 等 級 年 金 支 払 決 定 番 号	第 級 号 シ - -	
この請求書による <input type="checkbox"/> 外科後処置費 <input type="checkbox"/> アフターケア費のうち、診療費、調剤費、施術料又は看護料のうち訪問看護に係る費用の受領を下記の者に委任します。 委任者の氏名 _____					
上記の委任に基づき、この請求書による <input type="checkbox"/> 外科後処置費 <input type="checkbox"/> アフターケア費のうち、診療費、調剤費、施術料又は看護料のうち訪問看護に係る費用の請求をします。					
3 診療費等の受領委任	所在地	送 振 込 先 金 融 機 関 名	金 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 別段預金 [口座番号]		
	医療機関等の名称	先 氏 名 (代表者)	預 金 名 義 者		
4 診療費	内訳は、別紙1号紙「診療費請求明細書(病院・診療所用)」記載のとおり		(請求額)	※ (審査)	
5 調剤費	内訳は、別紙2号紙「調剤費請求明細書(薬局用)」記載のとおり		円	円	
6 施術料	内訳は、別紙3号紙「施術料請求明細書(柔道整復師等用)」記載のとおり				
7 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者 <input type="checkbox"/> 親族・友人	内訳は、別添4号紙「訪問看護事業者の証明書」のとおり	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
8 移送費	交通機関の種類	路 程	から まで	回	
	<input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	キロメートル	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		
9 外科後処置に係る日当	年 月 日から 日間 年 月 日まで				
10 上記以外の診(施)療費					
11 請求額 (4~10の合計額)					
※ 支給額 円 ※受領 年 月 日 ※送金 年 月 日					
[注意事項] (略)					

別記基金様式第6号

1号紙

診療費請求明細書(病院・診療所用)

1 傷病名	診療開始日	氏名	1 年 月 日	診療期間	年月日から	診療日数	日	
2 傷病名	2 年 月 日		2 年 月 日		年月日まで			
3 傷病名	3 年 月 日		3 年 月 日		年月日まで			
診療の内訳(□病院 □診療所)		※審査		転帰 □治ゆ □中止 □死亡 □継続 □転医				
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療の内容(基金基準)		※審査		
再診	再診	×	回	初診	料	円		
	外来管理加算	×	回	再診	料	×	回	
	時間外	×	回	再診時療養指導管理料	×	回		
	休日	×	回	その他				
	深夜	×	回	計				
指導				摘要				
在	往診	回						
	夜間	回						
	深夜・緊急	回						
	在宅患者訪問診療	回						
	その他	回						
在宅	薬剤							
投薬	内服	薬剤	単位					
		調剤	×	回				
	屯服	薬剤	単位					
	外用	薬剤	単位					
	調剤	×	回					
	処方	×	回					
	麻毒	×	回					
	調基	×	回					
注射	皮下筋肉内	回						
	静脈内	回						
	その他	回						
処置	薬剤	回		治療用装具を必要と認めたことの有無		□有 □無		
手術	薬剤	回		治療用装具の種類				
麻酔	薬剤	回		付添看護関係				
検査	薬剤	回		看護の種類	□看護師 □准看護師 □看護補助者 □普通看護 □泊込看護	左記の看護を必要とした理由		
画像	薬剤	回		期間及び看護形態	年月日から 年月日まで	間のうち	□1人付看護 □2人付看護 □3人付看護	
診断	薬剤	回		入院	年月日	年月日		
その他	薬剤	回		□病院 □診療所	入院料(入院環境料・看護料・給食料)	点		
	処方せん	回		□朝食 □普食 □衣	食有 × 日間 食無 × 日間 特食 × 日間			
	その他	回		□個室 □二人部屋	期間 年月日から 年月日まで			
	入院	年月日	年月日	収容した理由	請求額 × 日 = 円 ※			
	□病室	年月日から	日間	健康保険等他の法令による受給関係				
	□普食	年月日まで	日間	受給の有無	□有 □無	保険の名称		
	□衣	年月日まで	日間	支給される額	円	一部負担金	円	
	その他	年月日まで	日間	特定入院料				
	入院時医学管理料	×	日 = 円 ※					
	特定入院料	×	日 = 円 ※					
	合計							
ア 診療報酬点数表により計算できるもの		(合計点数) (1点単価) 点 × 円 銭 = 円 ※						
イ 診療報酬点数表により計算できないもの		(文書料、治療用装具、入院時室料加算等) 円 ※						
診療費請求合計額(ア+イ)		円 ※						
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。				医療機関の { 所在地 名称 医師の氏名				

[注意事項] (略)

別記基金様式第6号

1号紙

診療費請求明細書(病院・診療所用)

1 傷病名	診療開始日	氏名	1 年 月 日	診療期間	年月日から	診療日数	日	
2 傷病名	2 年 月 日		2 年 月 日		年月日まで			
3 傷病名	3 年 月 日		3 年 月 日		年月日まで			
診療の内訳(□病院 □診療所)		※審査		転帰 □治ゆ □中止 □死亡 □継続 □転医				
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療の内容(基金基準)		※審査		
再診	再診	×	回	初診	料	円		
	外来管理加算	×	回	再診	料	×	回	
	時間外	×	回	再診時療養指導管理料	×	回		
	休日	×	回	その他				
	深夜	×	回	計				
指導				摘要				
在	往診	回						
	夜間	回						
	深夜・緊急	回						
	在宅患者訪問診療	回						
	その他	回						
在宅	薬剤							
投薬	内服	薬剤	単位					
		調剤	×	回				
	屯服	薬剤	単位					
	外用	薬剤	単位					
	調剤	×	回					
	処方	×	回					
	麻毒	×	回					
	調基	×	回					
注射	皮下筋肉内	回						
	静脈内	回						
	その他	回						
処置	薬剤	回		治療用装具を必要と認めたことの有無		□有 □無		
手術	薬剤	回		治療用装具の種類				
麻酔	薬剤	回		付添看護関係				
検査	薬剤	回		看護の種類	□看護師 □准看護師 □看護補助者 □普通看護 □泊込看護	左記の看護を必要とした理由		
画像	薬剤	回		期間及び看護形態	年月日から 年月日まで	間のうち	□1人付看護 □2人付看護 □3人付看護	
診断	薬剤	回		入院	年月日	年月日		
その他	薬剤	回		□病院 □診療所	入院料(入院環境料・看護料・給食料)	点		
	処方せん	回		□朝食 □普食 □衣	食有 × 日間 食無 × 日間 特食 × 日間			
	その他	回		□個室 □二人部屋	期間 年月日から 年月日まで			
	入院	年月日	年月日	収容した理由	請求額 × 日 = 円 ※			
	□病室	年月日から	日間	健康保険等他の法令による受給関係				
	□普食	年月日まで	日間	受給の有無	□有 □無	保険の名称		
	□衣	年月日まで	日間	支給される額	円	一部負担金	円	
	その他	年月日まで	日間	特定入院料				
	入院時医学管理料	×	日 = 円 ※					
	特定入院料	×	日 = 円 ※					
	合計							
ア 診療報酬点数表により計算できるもの		(合計点数) (1点単価) 点 × 円 銭 = 円 ※						
イ 診療報酬点数表により計算できないもの		(文書料、治療用装具、入院時室料加算等) 円 ※						
診療費請求合計額(ア+イ)		円 ※						
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。				医療機関の { 所在地 名称 医師の氏名				

[注意事項] (略)

別記基金様式第6号

3号紙

施術料請求明細書(柔道整復師等用)		氏名	
施術時の症状		初検日	年 月 日
		施術期間	年 月 日から 年 月 日まで
		転帰	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転医
施 療 の 内 容		※ 審 査	摘 要
初 検 料	時間内 時間外 深夜	円	円
再 検 料	年 月		
指 導 管 理 料	年 月 日から		
	年 月 日まで		
往 療 料	普 通	回	
	夜間・難路	回	
	距離(片道) km		
	暴 風 雨	回	
	同一家屋	回	
初 回 処 置 料	<input type="checkbox"/> 整復料	回	
	<input type="checkbox"/> 固定料	回	
	<input type="checkbox"/> 施療料	回	
後 療 料		回	
		回	
		回	
運 動 療 法	回		
温 電 法 料	月 日から 月 日まで	回	
	月 日から 月 日まで	回	
冷 電 法 料	月 日から 月 日まで	回	
	月 日から 月 日まで	回	
電 療 料	回		
レ ン ト ゲ ン 料	回		
宿 泊 料	入院料 月 日から 日間		
	月 日まで		
	食事料 月 日から 日間		
	月 日まで		
そ の 他			
合 計			医師の同意の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
施 術 料 請 求 額		円※	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 施術所の名称 施術者の氏名			

[注意事項] (略)

別記基金様式第6号

3号紙

施術料請求明細書(柔道整復師等用)		氏名	
施術時の症状		初検日	年 月 日
		施術期間	年 月 日から 年 月 日まで
		転帰	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転医
施 療 の 内 容		※ 審 査	摘 要
初 検 料	時間内 時間外 深夜	円	円
再 検 料	年 月		
指 導 管 理 料	年 月 日から		
	年 月 日まで		
往 療 料	普 通	回	
	夜間・難路	回	
	距離(片道) km		
	暴 風 雨	回	
	同一家屋	回	
初 回 処 置 料	<input type="checkbox"/> 整復料	回	
	<input type="checkbox"/> 固定料	回	
	<input type="checkbox"/> 施療料	回	
後 療 料		回	
		回	
		回	
運 動 療 法	回		
温 電 法 料	月 日から 月 日まで	回	
	月 日から 月 日まで	回	
冷 電 法 料	月 日から 月 日まで	回	
	月 日から 月 日まで	回	
電 療 料	回		
レ ン ト ゲ ン 料	回		
宿 泊 料	入院料 月 日から 日間		
	月 日まで		
	食事料 月 日から 日間		
	月 日まで		
そ の 他			
合 計			医師の同意の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
施 術 料 請 求 額		円※	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 施術所の名称 施術者の氏名			

[注意事項] (略)

訪問看護事業者の証明書

		氏名	
傷病名		(訪問看護期間)	
(傷病の経過)		年 月 日から	
		年 月 日まで	
		訪問看護の回数	回
基本療養費	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士	指示年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 作業療法士	主治医への直近報告年月日	年 月 日
療養費	<input type="checkbox"/> 准看護師	(訪問日)	
		円 × 回 円	1 2 3 4 5 6 7
			8 9 10 11 12 13 14
			15 16 17 18 19 20 21
			22 23 24 25 26 27 28
			29 30 31
管理療養費	初日 円	提供した情報の概要	
	2回目以降 回 円	情報提供先の市(区)町村の名称	
情報提供療養費	円	(備考)	
ターミナルケア療養費	円	死亡年月日 年 月 日	
合計	円		
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名			
医療機関の名称			
主治医氏名			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
年 月 日			
訪問看護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名			

[注意事項] (略)

訪問看護事業者の証明書

		氏名	
傷病名		(訪問看護期間)	
(傷病の経過)		年 月 日から	
		年 月 日まで	
		訪問看護の回数	回
基本療養費	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士	指示年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 作業療法士	主治医への直近報告年月日	年 月 日
療養費	<input type="checkbox"/> 准看護師	(訪問日)	
		円 × 回 円	1 2 3 4 5 6 7
			8 9 10 11 12 13 14
			15 16 17 18 19 20 21
			22 23 24 25 26 27 28
			29 30 31
管理療養費	初日 円	提供した情報の概要	
	2回目以降 回 円	情報提供先の市(区)町村の名称	
情報提供療養費	円	(備考)	
ターミナルケア療養費	円	死亡年月日 年 月 日	
合計	円		
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名			
医療機関の名称			
主治医氏名			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。			
年 月 日			
訪問看護事業者の { 所在地 名称 代表者氏名			

[注意事項] (略)

別記基金様式第8号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		リハビリテーション費請求書		承認番号					
		請求年月日	年 月 日	請求回数	第 回				
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿 下記のとおりリハビリテーション費を請求します。			請求者の住所 ふりがな _____ 氏名 _____						
障害補償を行う市町村 又は組合名	都	市	事故発生日	年 月 日	年金支給決定番号 シー -				
	道	町	治ゆした日	年 月 日					
	府	村	障害等級	第 級	号				
	県	組合	年金支給決定番号	シー -	-				
傷病名、障害の部位									
リハビリテーション施設の証明	種類	期間	金額 (円)			この欄の記載事項は事実と相違ないことを証明します。 年 施設の 月 日 日 職・氏名 所在地			
		年 月 日から 年 月 日まで	訓練指導料	宿泊料	食事料		サービス料	その他	計
		年 月 日から 年 月 日まで							
		年 月 日から 年 月 日まで							
		年 月 日から 年 月 日まで							
		年 月 日から 年 月 日まで							
合計			円						
請求額		円							
旅行費の請求		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
※支給額	円	※受理	年 月 日						
		※送金	年 月 日						

[注意事項] (略)

別記基金様式第8号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		リハビリテーション費請求書		承認番号					
		請求年月日	年 月 日	請求回数	第 回				
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿 下記のとおりリハビリテーション費を請求します。			請求者の住所 ふりがな _____ 氏名 _____						
障害補償を行う市町村 又は組合名	都	市	事故発生日	年 月 日	年金支給決定番号 シー -				
	道	町	治ゆした日	年 月 日					
	府	村	障害等級	第 級	号				
	県	組合	年金支給決定番号	シー -	-				
傷病名、障害の部位									
リハビリテーション施設の証明	種類	期間	金額 (円)			この欄の記載事項は事実と相違ないことを証明します。 年 施設の 月 日 日 職・氏名 所在地			
		年 月 日から 年 月 日まで	訓練指導料	宿泊料	食事料		サービス料	その他	計
		年 月 日から 年 月 日まで							
		年 月 日から 年 月 日まで							
		年 月 日から 年 月 日まで							
		年 月 日から 年 月 日まで							
合計			円						
請求額		円							
旅行費の請求		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
※支給額	円	※受理	年 月 日						
		※送金	年 月 日						

[注意事項] (略)

別記基金様式第9号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員	<h2 style="margin: 0;">旅行費請求書</h2>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>承認番号</td><td></td></tr> <tr><td>請求年月日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>請求回数</td><td>第 回</td></tr> </table>	承認番号		請求年月日	年 月 日	請求回数	第 回	
承認番号									
請求年月日	年 月 日								
請求回数	第 回								
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿 下記のとおり旅行費を請求します。		請求者の住所 ふりがな _____ 氏 名 _____							
障害補償を行う市町村又は組合名	都 市	事故発生日	年 月 日						
	道 町	治ゆした日	年 月 日						
	府 村	障害等級	第 級 号						
	県 組合	年金支給決定番号	シ - -						
傷病名、障害の部位									
旅行	旅行の目的	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 補装具(<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 再装着)							
	旅行区間	往 発 経由 着							
		復 発 経由 着							
行	旅行期間	年 月 日から 泊 日 年 月 日まで							
	費 の 内 訳 合	月 日	出発地	到着地	宿泊地				
請求額		円							
※支給額		円	※受理	年 月 日					
			※送金	年 月 日					

[注意事項] (略)

別記基金様式第9号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員	<h2 style="margin: 0;">旅行費請求書</h2>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>承認番号</td><td></td></tr> <tr><td>請求年月日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>請求回数</td><td>第 回</td></tr> </table>	承認番号		請求年月日	年 月 日	請求回数	第 回	
承認番号									
請求年月日	年 月 日								
請求回数	第 回								
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿 下記のとおり旅行費を請求します。		請求者の住所 ふりがな _____ 氏 名 _____							
障害補償を行う市町村又は組合名	都 市	事故発生日	年 月 日						
	道 町	治ゆした日	年 月 日						
	府 村	障害等級	第 級 号						
	県 組合	年金支給決定番号	シ - -						
傷病名、障害の部位									
旅行	旅行の目的	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 補装具(<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 再装着)							
	旅行区間	往 発 経由 着							
		復 発 経由 着							
行	旅行期間	年 月 日から 泊 日 年 月 日まで							
	費 の 内 訳 合	月 日	出発地	到着地	宿泊地				
請求額		円							
※支給額		円	※受理	年 月 日					
			※送金	年 月 日					

[注意事項] (略)

別記基金様式第10号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員	休業援護金請求書		請求回数 請求年月日	第 回 年 月 日
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 様 下記のとおり休業援護金を請求します。		〒 請求者の住所 ふりがな 氏 名		
休業補償を行う市 町村又は組合名		都 市 道 町 府 村 県 組合	事故発生日	年 月 日
請求 日 数 等	自家営業 の場合	年 月 日 から のうちの 年 月 日 まで	全部休業した日 一部休業した日	日 日
	勤務して いた場合	年 月 日 から のうちの 年 月 日 まで	全部休業した日 (全部休業した日に支払われた給与の総額) 一部休業した日数 (一部休業した日に支払われた給与の総額)	日 円 日 円
休業 援護 金 の 算 式	全部休業 した日	(補償基礎額) (円未満切捨) (請求日数) (A) 円 × 20/100 = 円 円 × 日 = 円	(補償基礎額) (円未満切捨) (請求日数) (B) 円 × 80/100 - 円 = 円 円 × 日 = 円	
	一部休業 した日	(補償基礎額) (円未満切捨) (請求日数) (C) 円 - 円 × 20/100 = 円 円 × 日 = 円	(補償基礎額) (円未満切捨) (請求日数) (D) 円 × 20/100 × 時間/7.75時間 = 円 円 × 日 = 円	
		休業援護金請求額 (A)～(D)の合計額		円
	送 金 先	振込先名	銀行・信金・信組 本店	
金融機関名		農協・漁協 支店		
□普通預金 □当座預金 □口座番号				
その他	ふりがな 預金名義者			
※ 補 償 基 礎 額	円	※ 受 理	年 月 日	
※ 休 業 期 間 及 び 日 数	年 月 日 から のうちの 年 月 日 まで	日	年 月 日	
※ 支 給 額	円	※ 送 金	年 月 日	

[注意事項] (略)

別記基金様式第10号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員	休業援護金請求書		請求回数 請求年月日	第 回 年 月 日
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 様 下記のとおり休業援護金を請求します。		〒 請求者の住所 ふりがな 氏 名		
休業補償を行う市 町村又は組合名		都 市 道 町 府 村 県 組合	事故発生日	年 月 日
請求 日 数 等	自家営業 の場合	年 月 日 から のうちの 年 月 日 まで	全部休業した日 一部休業した日	日 日
	勤務して いた場合	年 月 日 から のうちの 年 月 日 まで	全部休業した日 (全部休業した日に支払われた給与の総額) 一部休業した日数 (一部休業した日に支払われた給与の総額)	日 円 日 円
休業 援護 金 の 算 式	全部休業 した日	(補償基礎額) (円未満切捨) (請求日数) (A) 円 × 20/100 = 円 円 × 日 = 円	(補償基礎額) (円未満切捨) (請求日数) (B) 円 × 80/100 - 円 = 円 円 × 日 = 円	
	一部休業 した日	(補償基礎額) (円未満切捨) (請求日数) (C) 円 - 円 × 20/100 = 円 円 × 日 = 円	(補償基礎額) (円未満切捨) (請求日数) (D) 円 × 20/100 × 時間/7.75時間 = 円 円 × 日 = 円	
		休業援護金請求額 (A)～(D)の合計額		円
	送 金 先	振込先名	銀行・信金・信組 本店	
金融機関名		農協・漁協 支店		
□普通預金 □当座預金 □口座番号				
その他	ふりがな 預金名義者			
※ 補 償 基 礎 額	円	※ 受 理	年 月 日	
※ 休 業 期 間 及 び 日 数	年 月 日 から のうちの 年 月 日 まで	日	年 月 日	
※ 支 給 額	円	※ 送 金	年 月 日	

[注意事項] (略)

別記基金様式第11号

<input type="checkbox"/> 消防団員	在宅介護を行う介護人の派遣費用請求書	承認番号	
<input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日	年 月 日
消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿 下記のとおり在宅介護を行う介護人の派遣費用の支給を請求します。		請求者の住所 ----- ----- ふりがな 氏 名 ----- 年 月 日生 (歳)	
損害補償を行う市町村 又は組合名	都 道 府 県	市町村 組 合	
被災団員 に関する 事 項	傷病名	負傷又は発病の年月日 年 月 日	
	請求者の受けている年金の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (第 級) <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (第 級)	年金支払決定番号 ビ - - シ - -	
	居宅において介護を開始した年月日 年 月 日		
最初に供与を受けた年月日		年 月 日	
費用の 支給請求	供与を受けた日時 年 月 日 時 分～ 時 分 (□3時間、□6時間) 年 月 日 時 分～ 時 分 (□3時間、□6時間) 年 月 日 時 分～ 時 分 (□3時間、□6時間)		
	費用総額 (A) 円		
	うち自己負担額(貸金相当額の10分の3に相当する額) (B) 円		
	請求額 (A-B) 円		
※ 支給額	円	※受理 ※送金	年 月 日 年 月 日

[注意事項] (略)

別記基金様式第11号

<input type="checkbox"/> 消防団員	在宅介護を行う介護人の派遣費用請求書	承認番号	
<input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日	年 月 日
消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿 下記のとおり在宅介護を行う介護人の派遣費用の支給を請求します。		請求者の住所 ----- ----- ふりがな 氏 名 ----- 年 月 日生 (歳)	
損害補償を行う市町村 又は組合名	都 道 府 県	市町村 組 合	
被災団員 に関する 事 項	傷病名	負傷又は発病の年月日 年 月 日	
	請求者の受けている年金の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (第 級) <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (第 級)	年金支払決定番号 ビ - - シ - -	
	居宅において介護を開始した年月日 年 月 日		
最初に供与を受けた年月日		年 月 日	
費用の 支給請求	供与を受けた日時 年 月 日 時 分～ 時 分 (□3時間、□6時間) 年 月 日 時 分～ 時 分 (□3時間、□6時間) 年 月 日 時 分～ 時 分 (□3時間、□6時間)		
	費用総額 (A) 円		
	うち自己負担額(貸金相当額の10分の3に相当する額) (B) 円		
	請求額 (A-B) 円		
※ 支給額	円	※受理 ※送金	年 月 日 年 月 日

[注意事項] (略)

別記基金様式第12号

奨学援護金請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員				請求年月日	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 水防団員								
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 様		請求者の住所 〒						
下記のとおり奨学援護金を請求します。		氏名		-				
消防団員又は水防団員の氏名				事故発生日	年	月	日	
損害補償を 行う市町村 又は組合名	都 道 府 県	市 町 村 組 合	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金	傷病等級該当、治ゆ又は死亡した日	年	月	日	
			<input type="checkbox"/> 障害補償年金	傷病等級 障害	第	級	号	
			<input type="checkbox"/> 遺族補償年金	年金支払決定番号	ビ シ イ	-	-	
学資等の支弁が困難 である理由								
請求者と消防団員又は水防団員との続柄								
受けようとする奨学援護金の支給開始年月				年 月				
在 学 者 に 関 す る 事 項	氏名	ふりがな						
	生	年	月	日	年	月	日	
	住	所						
	請求者と生計を同じくしているか	いる・いない		いる・いない		いる・いない		
	学校等の名称							
	学	年	第	学年	第	学年	第	学年
	学校等の所在地							
	入学・入校年月	年	月	年	月	年	月	
卒業・修了予定年月	年	月	年	月	年	月		
請求月額	円		円		円			
※ 決	定	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認				
※ 支給開始年月	年	月	年	月	年	月		
※ 支給月額	円		円		円			
送 金 先	振込み	振込先金	銀行・信金・信組		本店			
		融機関名	農協・漁協		支店			
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号						
	ふりがな	預金名義者						
その他								
※ 奨学援護金の	(	人分)	※受	理	年	月	日
※ 月	額	円	※送	金	年	月	日	
※ 奨学援護金の	円×	か月	※承認番号	ガ - -				
※ 第1期分支給額	=	円						

[注意事項] (略)

別記基金様式第12号

奨学援護金請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員				請求年月日	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 水防団員								
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 様		請求者の住所 〒						
下記のとおり奨学援護金を請求します。		氏名		@				
消防団員又は水防団員の氏名				事故発生日	年	月	日	
損害補償を 行う市町村 又は組合名	都 道 府 県	市 町 村 組 合	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金	傷病等級該当、治ゆ又は死亡した日	年	月	日	
			<input type="checkbox"/> 障害補償年金	傷病等級 障害	第	級	号	
			<input type="checkbox"/> 遺族補償年金	年金支払決定番号	ビ シ イ	-	-	
学資等の支弁が困難 である理由								
請求者と消防団員又は水防団員との続柄								
受けようとする奨学援護金の支給開始年月				年 月				
在 学 者 に 関 す る 事 項	氏名	ふりがな						
	生	年	月	日	年	月	日	
	住	所						
	請求者と生計を同じくしているか	いる・いない		いる・いない		いる・いない		
	学校等の名称							
	学	年	第	学年	第	学年	第	学年
	学校等の所在地							
	入学・入校年月	年	月	年	月	年	月	
卒業・修了予定年月	年	月	年	月	年	月		
請求月額	円		円		円			
※ 決	定	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認				
※ 支給開始年月	年	月	年	月	年	月		
※ 支給月額	円		円		円			
送 金 先	振込み	振込先金	銀行・信金・信組		本店			
		融機関名	農協・漁協		支店			
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号						
	ふりがな	預金名義者						
その他								
※ 奨学援護金の	(	人分)	※受	理	年	月	日
※ 月	額	円	※送	金	年	月	日	
※ 奨学援護金の	円×	か月	※承認番号	ガ - -				
※ 第1期分支給額	=	円						

[注意事項] (略)

別記基金様式第13号

就労保育援護金請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日 年 月 日	
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長様 下記のとおり就労保育援護金を請求します。		請求者の住所 〒 氏 名	
消防団員又は水防団員の氏名		事故発生日 年 月 日	
損害補償を 行う市町村 又は組合名	都道府県 市町村組合	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金	傷病等級該当、治ゆ又は死亡した日 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 障害補償年金	傷病障害 等級 第 級 号
		<input type="checkbox"/> 遺族補償年金	年金支払決定番号 ビシイ - -
請求者と消防団員又は水防団員との続柄			
受けようとする就労保育援護金の支給開始年月		年 月	
就労している者に関する事項	就労している者の氏名	生年月日	年 月 日生
	就労している者の住所	請求者との続柄又は関係	
	就労している会社等の名称・所在地		
保育児に関する事項	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日生(歳)	年 月 日生(歳)
	住 所		
	請求者との続柄		
	請求者と生計を同じくしているか	いる・いない	いる・いない
	保育所等の名称		
	保育所等の所在地		
請求月額		円	円
※ 決 定		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
※ 支 給 開 始 年 月		年 月	年 月
※ 支 給 月 額		円	円
送 金 先	振込先金 融機関名	銀行・信金・信組 農協・漁協	本店 支店
	振込み	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号
	氏 名 預金名義者		
その他			
※ 就労保育援護金の月額		(人分)	※受理 年 月 日
円 × か月		円	※送金 年 月 日
※ 就労保育援護金第1期分支給額		円	※承認番号 ホ - -

[注意事項] (略)

別記基金様式第13号

就労保育援護金請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日 年 月 日	
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長様 下記のとおり就労保育援護金を請求します。		請求者の住所 〒 氏 名	
消防団員又は水防団員の氏名		事故発生日 年 月 日	
損害補償を 行う市町村 又は組合名	都道府県 市町村組合	<input type="checkbox"/> 傷病補償年金	傷病等級該当、治ゆ又は死亡した日 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 障害補償年金	傷病障害 等級 第 級 号
		<input type="checkbox"/> 遺族補償年金	年金支払決定番号 ビシイ - -
請求者と消防団員又は水防団員との続柄			
受けようとする就労保育援護金の支給開始年月		年 月	
就労している者に関する事項	就労している者の氏名	生年月日	年 月 日生
	就労している者の住所	請求者との続柄又は関係	
	就労している会社等の名称・所在地		
保育児に関する事項	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日生(歳)	年 月 日生(歳)
	住 所		
	請求者との続柄		
	請求者と生計を同じくしているか	いる・いない	いる・いない
	保育所等の名称		
	保育所等の所在地		
請求月額		円	円
※ 決 定		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
※ 支 給 開 始 年 月		年 月	年 月
※ 支 給 月 額		円	円
送 金 先	振込先金 融機関名	銀行・信金・信組 農協・漁協	本店 支店
	振込み	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号
	氏 名 預金名義者		
その他			
※ 就労保育援護金の月額		(人分)	※受理 年 月 日
円 × か月		円	※送金 年 月 日
※ 就労保育援護金第1期分支給額		円	※承認番号 ホ - -

[注意事項] (略)

別記基金様式第14号		<input type="checkbox"/> 傷病特別支給金請求書 <input type="checkbox"/> 傷病特別給付金請求書		請求年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員					
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		〒			
下記のとおり <input type="checkbox"/> 傷病特別支給金 <input type="checkbox"/> 傷病特別給付金を請求します。		請求者の住所			
		ふりがな			
損害補償を行う市町村		都	市	事故発生日	年 月 日
又は組合名		道	町	傷病等級該当日	年 月 日
		府	村	傷病等級第 級 号	
		県	組合		
傷病特別支給金請求額				円	
傷病特別給付金額の算式	(補償基礎額) (倍数) [特殊公務災害の場合] (1+割増率) × 20 / 100 = 円				
	(A)	×	×	$\left[\frac{1+}{100} \right]$	× 20 / 100 = 円
(乗ずべき数)					
(B)	1,500,000	×	/	365	= 円
傷病特別給付金請求額				円	
送金先	振込み	振込先金融機関名	銀行・信金・信組 本店		
			農協・漁協 支店		
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号			
	ふりがな		預金名義者		
その他					
※ 補償基礎額			円	※ 受理	年 月 日
※ 傷病等級	第 級 号 (倍)			※ 送金	年 月 日
※ 傷病特別支給金支給額			円		
※ 傷病特別援護金支給額			円		
※ 傷病特別給付金支給額	年金第1期分	年額	円 × か月 = 円	※ 送金	年 月 日
	一時金					円
[注意事項] (略)					

別記基金様式第14号		<input type="checkbox"/> 傷病特別支給金請求書 <input type="checkbox"/> 傷病特別給付金請求書		請求年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員					
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		〒			
下記のとおり <input type="checkbox"/> 傷病特別支給金 <input type="checkbox"/> 傷病特別給付金を請求します。		請求者の住所			
		ふりがな			
損害補償を行う市町村		都	市	事故発生日	年 月 日
又は組合名		道	町	傷病等級該当日	年 月 日
		府	村	傷病等級第 級 号	
		県	組合		
傷病特別支給金請求額				円	
傷病特別給付金額の算式	(補償基礎額) (倍数) [特殊公務災害の場合] (1+割増率) × 20 / 100 = 円				
	(A)	×	×	$\left[\frac{1+}{100} \right]$	× 20 / 100 = 円
(乗ずべき数)					
(B)	1,500,000	×	/	365	= 円
傷病特別給付金請求額				円	
送金先	振込み	振込先金融機関名	銀行・信金・信組 本店		
			農協・漁協 支店		
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号			
	ふりがな		預金名義者		
その他					
※ 補償基礎額			円	※ 受理	年 月 日
※ 傷病等級	第 級 号 (倍)			※ 送金	年 月 日
※ 傷病特別支給金支給額			円		
※ 傷病特別援護金支給額			円		
※ 傷病特別給付金支給額	年金第1期分	年額	円 × か月 = 円	※ 送金	年 月 日
	一時金				
[注意事項] (略)					

別記基金様式第15号

- 障害特別支給金請求書
- 障害特別援護金請求書
- 障害特別給付金請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員	<input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日	年	月	日	
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		〒					
下記のとおり <input type="checkbox"/> 障害特別支給金 <input type="checkbox"/> 障害特別援護金		請求者の住所					
<input type="checkbox"/> 障害特別給付金 を請求します。		ふりがな _____					
損害補償を行う市町村 又は組合名	都	市	事故発生日	年	月	日	
	道	町	治ゆした日	年	月	日	
府	村	組合	障害等級	第	級	号	
							県
障害補償	<input type="checkbox"/> 障害補償年金	障害の部位及びその程度					
	<input type="checkbox"/> 障害補償一時金	既存障害の部位及びその程度					
障害特別支給金請求額		円					
障害特別援護金請求額		円					
障害特別給付金額の算式	(補償基礎額) (倍数) [特殊公務災害の場合] (1+割増率)						
	(A)	×	×	$\left[\frac{1+}{100} \right]$	×	$20 / 100 =$	
(乗ずべき数)							
(B)	1,500,000	×	/	365	=	円	
障害特別給付金請求額		円					
送金先	振込み	振込先金融機関名	銀行・信金・信組			本店	
			農協・漁協			支店	
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号					
預金名義者		ふりがな義名者 _____					
その他							
※ 補償基礎額	円					※ 受 理	年 月 日
※ 障害等級	第	級	号 (倍)			
※ 障害特別支給金支給額	円					※ 送 金	年 月 日
※ 障害特別援護金支給額	円						
※ 障害特別給付金支給額	年金第1期分	年額	円×	か月=	円	※ 送 金	年 月 日
	一時金	円					

[注意事項] (略)

別記基金様式第15号

- 障害特別支給金請求書
- 障害特別援護金請求書
- 障害特別給付金請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員	<input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日	年	月	日	
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		〒					
下記のとおり <input type="checkbox"/> 障害特別支給金 <input type="checkbox"/> 障害特別援護金		請求者の住所					
<input type="checkbox"/> 障害特別給付金 を請求します。		ふりがな _____ @					
損害補償を行う市町村 又は組合名	都	市	事故発生日	年	月	日	
	道	町	治ゆした日	年	月	日	
府	村	組合	障害等級	第	級	号	
							県
障害補償	<input type="checkbox"/> 障害補償年金	障害の部位及びその程度					
	<input type="checkbox"/> 障害補償一時金	既存障害の部位及びその程度					
障害特別支給金請求額		円					
障害特別援護金請求額		円					
障害特別給付金額の算式	(補償基礎額) (倍数) [特殊公務災害の場合] (1+割増率)						
	(A)	×	×	$\left[\frac{1+}{100} \right]$	×	$20 / 100 =$	
(乗ずべき数)							
(B)	1,500,000	×	/	365	=	円	
障害特別給付金請求額		円					
送金先	振込み	振込先金融機関名	銀行・信金・信組			本店	
			農協・漁協			支店	
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号					
預金名義者		ふりがな義名者 _____					
その他							
※ 補償基礎額	円					※ 受 理	年 月 日
※ 障害等級	第	級	号 (	倍)		
※ 障害特別支給金支給額	円					※ 送 金	年 月 日
※ 障害特別援護金支給額	円						
※ 障害特別給付金支給額	年金第1期分	年額	円×	か月=	円	※ 送 金	年 月 日
	一時金	円					

[注意事項] (略)

別記基金様式第16号

- 遺族特別支給金請求書
- 遺族特別援護金請求書
- 遺族特別給付金請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員	<input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日	年	月	日
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		請求者の住所				
下記のとおり <input type="checkbox"/> 遺族特別支給金 <input type="checkbox"/> 遺族特別援護金		氏 名				
<input type="checkbox"/> 遺族特別給付金 を請求します。		死亡者との続柄 ()				
損害補償を行う市町村 又は組合名	都	市	事故発生日	年	月	日
	道	町	死亡した日	年	月	日
府	村	組合				
県						
遺族補償	<input type="checkbox"/> 遺族補償	<input type="checkbox"/> 遺族補償一時金	選任された代表者の氏名			
遺族特別支給金請求額						円
遺族特別援護金請求額						円
遺族特別給付金額の算式	(補償基礎額) (倍数) [特殊公務災害の場合]		(受給権者の数)			
	(A)	$\times \times \left[\frac{1+}{100} \right]$	$\times 20 / 100 \times 1 / =$			
	(乗ずべき数)					
(B)	$1,500,000 \times$		$/ 365 =$			
基準政令第9条の2第2号の規定による場合						
遺族特別給付金請求額	年金					円
	一時金					円
送金先	振込み	振込先金融機関名	銀行・信金・信組		本店	
			農協・漁協		支店	
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号				
預金名義者	氏 名					
その他						
※ 補償基礎額						円
※ 遺族特別支給金支給額						円
※ 遺族特別援護金支給額						円
※ 遺族特別給付金支給額	年金第1期分	年額	円 × か月 =		円	※ 受 理
	一時金					円	※ 送 金

[注意事項] (略)

別記基金様式第16号

- 遺族特別支給金請求書
- 遺族特別援護金請求書
- 遺族特別給付金請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員	<input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日	年	月	日
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		請求者の住所				
下記のとおり <input type="checkbox"/> 遺族特別支給金 <input type="checkbox"/> 遺族特別援護金		氏 名				
<input type="checkbox"/> 遺族特別給付金 を請求します。		死亡者との続柄 ()				
損害補償を行う市町村 又は組合名	都	市	事故発生日	年	月	日
	道	町	死亡した日	年	月	日
府	村	組合				
県						
遺族補償	<input type="checkbox"/> 遺族補償	<input type="checkbox"/> 遺族補償一時金	選任された代表者の氏名			
遺族特別支給金請求額						円
遺族特別援護金請求額						円
遺族特別給付金額の算式	(補償基礎額) (倍数) [特殊公務災害の場合]		(受給権者の数)			
	(A)	$\times \times \left[\frac{1+}{100} \right]$	$\times 20 / 100 \times 1 / =$			
	(乗ずべき数)					
(B)	$1,500,000 \times$		$/ 365 =$			
基準政令第9条の2第2号の規定による場合						
遺族特別給付金請求額	年金					円
	一時金					円
送金先	振込み	振込先金融機関名	銀行・信金・信組		本店	
			農協・漁協		支店	
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号				
預金名義者	氏 名					
その他						
※ 補償基礎額						円
※ 遺族特別支給金支給額						円
※ 遺族特別援護金支給額						円
※ 遺族特別給付金支給額	年金第1期分	年額	円 × か月 =		円	※ 受 理
	一時金					円

[注意事項] (略)

別記基金様式第17号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		障害差額特別給付金請求書		請求年月日 年 月 日	
消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿		請求者の住所 ふりがな _____ 氏名 _____			
下記のとおり障害差額特別給付金を請求します。		死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係 _____			
消防団員又は水防団員の氏名					
障害補償を行う市町村又は組合名	都	市	事故発生日	年	月 日
	道	町	死亡した日	年	月 日
	府	村	死亡時の障害等級	第	級 号
	県	組合	年金支払決定番号	シ -	-
支給を受ける者の氏名	死亡団員との続柄又は関係	支給された特別給付金(年金)の額の合計		円	
(補償基礎額)(乗ずべき数) [特殊公務の場合] (支給された特別給付金(年金)の額の合計) (割増率)		(A) { 円 × × (1 + $\frac{(1+)}{100}$) × $\frac{20}{100}$ - 円 } × $\frac{1}{}$ = 円 (受給権者数)			
(支給された特別給付金(年金)の額の合計) (乗ずべき数)		(B) (1,500,000円 × $\frac{1}{365}$ - 円) × $\frac{1}{}$ = 円 (受給権者数)			
障害差額特別給付金請求額		円			
送金先	振込み	振込先金融機関名	銀行・信金・信組 農協・漁協		本店 支店
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 口座番号			
	ふりがな 預金名義者				
その他					
※ 補償基礎額		円	※ 受理	年	月 日
※ 障害差額特別給付金支給額		円	※ 送金	年	月 日

[注意事項] (略)

別記基金様式第17号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		障害差額特別給付金請求書		請求年月日 年 月 日	
消防団員等公務災害補償等共済基金 理事長 殿		請求者の住所 ふりがな _____ 氏名 _____			
下記のとおり障害差額特別給付金を請求します。		死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係 _____			
消防団員又は水防団員の氏名					
障害補償を行う市町村又は組合名	都	市	事故発生日	年	月 日
	道	町	死亡した日	年	月 日
	府	村	死亡時の障害等級	第	級 号
	県	組合	年金支払決定番号	シ -	-
支給を受ける者の氏名	死亡団員との続柄又は関係	支給された特別給付金(年金)の額の合計		円	
(補償基礎額)(乗ずべき数) [特殊公務の場合] (支給された特別給付金(年金)の額の合計) (割増率)		(A) { 円 × × (1 + $\frac{(1+)}{100}$) × $\frac{20}{100}$ - 円 } × $\frac{1}{}$ = 円 (受給権者数)			
(支給された特別給付金(年金)の額の合計) (乗ずべき数)		(B) (1,500,000円 × $\frac{1}{365}$ - 円) × $\frac{1}{}$ = 円 (受給権者数)			
障害差額特別給付金請求額		円			
送金先	振込み	振込先金融機関名	銀行・信金・信組 農協・漁協		本店 支店
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 口座番号			
	ふりがな 預金名義者				
その他					
※ 補償基礎額		円	※ 受理	年	月 日
※ 障害差額特別給付金支給額		円	※ 送金	年	月 日

[注意事項] (略)

別記基金様式第18号

長期家族介護者援護金請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日 年 月 日	
消防団員等公務災害補償等共済 基金理事長 殿		請求者の住所 氏名 _____ _____年 月 日生(歳) 死亡した要介護年金受給 権者との続柄又は関係 _____	
下記のとおりに長期家族介護者援護金の支 給を請求します。			
損害補償を行う市町村又 は組合名		都 道 市町村 府 県 組 合	
死亡した要 介護年金受 給権者 に関する 事項	氏名 _____ 年金の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (第 級) <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (第 級)	死亡年月日 年 月 日 受給権者となった年月 年 月 (年金支払決定番号) ビー - シー -	
	死亡の原因 _____		

請求者に 関する事 項	所得税の納付状況 前年の所得について所得税の納付が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	請求者を扶養する者の状況 <input type="checkbox"/> 請求者を扶養する者がいない <input type="checkbox"/> 請求者を扶養する者がいるが、その者は前 年の所得について所得税を納付していない	
	基準政令第8条第1項第4号に規定する障害の有無 障害(障害等級第7級又はそれに相当する程度以上)が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	長期家族介護者援護金請求額 _____ 円		
※死亡した要介護年金受給権者に係る障害の部位・程度 <input type="checkbox"/> 神経系統の機能又は神経に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第1級) <input type="checkbox"/> 神経系統の機能又は神経に著しい障害を残し(有し)、随時介護を要するもの(第2級) <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第1級) <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し(有し)、随時介護を要するもの(第2級) 傷病等第1級若しくは第2級又は障害等第1級若しくは第2級に最初に該当することとなった日 _____年 月 日			
送金先	振込み	振込先金 銀行・信金・信組 本店 融機関名 農協・漁協 支店	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 口座番号 _____
		預金名義者 _____	
その他 _____			
※長期家族介護者援護金支給額 _____ 円		※受 理 年 月 日 ※送 金 年 月 日	

[注意事項] (略)

別記基金様式第18号

長期家族介護者援護金請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日 年 月 日	
消防団員等公務災害補償等共済 基金理事長 殿		請求者の住所 氏名 _____ _____年 月 日生(歳) 死亡した要介護年金受給 権者との続柄又は関係 _____	
下記のとおりに長期家族介護者援護金の支 給を請求します。			
損害補償を行う市町村又 は組合名		都 道 市町村 府 県 組 合	
死亡した要 介護年金受 給権者 に関する 事項	氏名 _____ 年金の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (第 級) <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (第 級)	死亡年月日 年 月 日 受給権者となった年月 年 月 (年金支払決定番号) ビー - シー -	
	死亡の原因 _____		

請求者に 関する事 項	所得税の納付状況 前年の所得について所得税の納付が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	請求者を扶養する者の状況 <input type="checkbox"/> 請求者を扶養する者がいない <input type="checkbox"/> 請求者を扶養する者がいるが、その者は前 年の所得について所得税を納付していない	
	基準政令第8条第1項第4号に規定する障害の有無 障害(障害等級第7級又はそれに相当する程度以上)が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	長期家族介護者援護金請求額 _____ 円		
※死亡した要介護年金受給権者に係る障害の部位・程度 <input type="checkbox"/> 神経系統の機能又は神経に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第1級) <input type="checkbox"/> 神経系統の機能又は神経に著しい障害を残し(有し)、随時介護を要するもの(第2級) <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し(有し)、常に介護を要するもの(第1級) <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し(有し)、随時介護を要するもの(第2級) 傷病等第1級若しくは第2級又は障害等第1級若しくは第2級に最初に該当することとなった日 _____年 月 日			
送金先	振込み	振込先金 銀行・信金・信組 本店 融機関名 農協・漁協 支店	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 口座番号 _____
		預金名義者 _____	
その他 _____			
※長期家族介護者援護金支給額 _____ 円		※受 理 年 月 日 ※送 金 年 月 日	

[注意事項] (略)

別記基金様式第19号

未支給の福祉事業請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日	年 月 日
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿 下記のとおり未支給の福祉事業の支給を請求します。		請求者の住所 ふりがな _____ 氏 名 _____ 死亡した受給権者との続柄 _____	
損害補償を行う市町村又は組合		都 市	道 町
		府 村	県 組合
1 死亡した受給権者	ふりがな氏名		
	死亡年月日	年 月 日	
2 未支給の福祉事業	種類		
	請求額	円	
送金先	振込先金融機関名	銀行・信金・信組 本店支店 農協・漁協	
	振込み	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 口座番号	
		ふりがな預金名義者	
その他			
※支給額	円	※受理	年 月 日
		※送金	年 月 日

[注意事項] (略)

別記基金様式第19号

未支給の福祉事業請求書

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		請求年月日	年 月 日
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿 下記のとおり未支給の福祉事業の支給を請求します。		請求者の住所 ふりがな _____ 氏 名 _____ 死亡した受給権者との続柄 _____	
損害補償を行う市町村又は組合		都 市	道 町
		府 村	県 組合
1 死亡した受給権者	ふりがな氏名		
	死亡年月日	年 月 日	
2 未支給の福祉事業	種類		
	請求額	円	
送金先	振込先金融機関名	銀行・信金・信組 本店支店 農協・漁協	
	振込み	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 口座番号	
		ふりがな預金名義者	
その他			
※支給額	円	※受理	年 月 日
		※送金	年 月 日

[注意事項] (略)

別記基金様式第20号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		奨学援護金定期報告書				承認番号 ガー - 年 月 日			
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		住所 _____							
下記のとおりに奨学援護金に関する現状を報告します。		ふりがな氏名 _____							
消防団員又は水防団員の氏名									
損害補償を行う市町村又は組合名	都道府県	市町村組合	事故発生日		年 月 日				
			傷病等級該当、治ゆ又は死亡した日		年 月 日				
			傷病障害 等級	第 級 号					
			年金支払決定番号		ビシー				
在学者等に関する事項	ふりがな氏名	生年月日	申請者との続柄	申請者と生計を同じくしているか	学校等の名称	学年	入学・入学年月	卒業・修了予定年月	奨学援護金の支給額
		年 月 日		いる・いない		第 学年	年 月	年 月	円
		年 月 日		いる・いない		第 学年	年 月	年 月	円
		年 月 日		いる・いない		第 学年	年 月	年 月	円
		年 月 日		いる・いない		第 学年	年 月	年 月	円
申請者と消防団員又は水防団員との続柄									
承認された奨学援護金の支給開始年月	在学者等の氏名				支給開始年月				
					年 月				
					年 月				
学費等の支払が困難である理由									
備 考									

[注意事項] (略)

別記基金様式第20号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		奨学援護金定期報告書				承認番号 ガー - 年 月 日			
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		住所 _____							
下記のとおりに奨学援護金に関する現状を報告します。		ふりがな氏名 _____ ㊟							
消防団員又は水防団員の氏名									
損害補償を行う市町村又は組合名	都道府県	市町村組合	事故発生日		年 月 日				
			傷病等級該当、治ゆ又は死亡した日		年 月 日				
			傷病障害 等級	第 級 号					
			年金支払決定番号		ビシー				
在学者等に関する事項	ふりがな氏名	生年月日	申請者との続柄	申請者と生計を同じくしているか	学校等の名称	学年	入学・入学年月	卒業・修了予定年月	奨学援護金の支給額
		年 月 日		いる・いない		第 学年	年 月	年 月	円
		年 月 日		いる・いない		第 学年	年 月	年 月	円
		年 月 日		いる・いない		第 学年	年 月	年 月	円
		年 月 日		いる・いない		第 学年	年 月	年 月	円
申請者と消防団員又は水防団員との続柄									
承認された奨学援護金の支給開始年月	在学者等の氏名				支給開始年月				
					年 月				
					年 月				
学費等の支払が困難である理由									
備 考									

[注意事項] (略)

別記基金様式第21号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		就労保育援護金定期報告書			承認番号	ホー	ー	
					年	月	日	
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿				住所 _____				
下記のとおり就労保育援護金に関する現状を報告します。				ふりがな氏名 _____				
消防団員又は水防団員の氏名		事故発生日		年	月	日		
損害補償を行う市町村又は組合名	都道府県	市町村組合	傷病等級該当、治ゆ又は死亡した日		年	月	日	
			傷病障害等級	第	級	号		
			年金支払決定番号	ビ	シー	ー	イ	
就労している者の氏名	就労している者の住所		生年月日	年	月	日生		
	就労している会社等の名称・所在地		請求者との続柄又は関係					
	就労している会社等の名称・所在地							
保育児に関する事項	ふりがな氏名	生年月日(歳)	請求者との続柄	請求者と生計を同じくしているか	保育所等の名称	保育所等の所在地	就労保育援護金の支給月額	
		年 月 日(歳)						
		年 月 日(歳)						
		年 月 日(歳)						
請求者と消防団員又は水防団員との続柄								
承認された就労保育保護金の支給開始年月	保育児氏名		支給開始年月					
			年 月					
			年 月					
備考								

[注意事項] (略)

別記基金様式第21号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		就労保育援護金定期報告書			承認番号	ホー	ー	
					年	月	日	
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿				住所 _____				
下記のとおり就労保育援護金に関する現状を報告します。				ふりがな氏名 _____ (印)				
消防団員又は水防団員の氏名		事故発生日		年	月	日		
損害補償を行う市町村又は組合名	都道府県	市町村組合	傷病等級該当、治ゆ又は死亡した日		年	月	日	
			傷病障害等級	第	級	号		
			年金支払決定番号	ビ	シー	ー	イ	
就労している者の氏名	就労している者の住所		生年月日	年	月	日生		
	就労している会社等の名称・所在地		請求者との続柄又は関係					
	就労している会社等の名称・所在地							
保育児に関する事項	ふりがな氏名	生年月日(歳)	請求者との続柄	請求者と生計を同じくしているか	保育所等の名称	保育所等の所在地	就労保育援護金の支給月額	
		年 月 日(歳)						
		年 月 日(歳)						
		年 月 日(歳)						
請求者と消防団員又は水防団員との続柄								
承認された就労保育保護金の支給開始年月	保育児氏名		支給開始年月					
			年 月					
			年 月					
備考								

[注意事項] (略)

別記基金様式第22号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員	奨学援護金に関する異動報告書		承認番号	ガ— —
			年	月
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿			住所 _____	
下記のとおり奨学援護金に関する異動を報告します。			ふりがな 氏名 _____	
消防団員又は水防団員の氏名 <small>ふりがな</small>				
損害補償を行う 市町村又は 組合名	都 道 府 県	市 町 村 組 合	事故発生日	年 月 日
			傷病等級該当、治 ゆ又は死亡した日	年 月 日
			傷病 障害 等級	第 級 号
			年金支払決定番号	ビ シー イ —
異 動 内 容				
異動した 者の氏名		異動年月日	年 月 日	
備 考				

[注意事項] (略)

別記基金様式第22号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員	奨学援護金に関する異動報告書		承認番号	ガ— —
			年	月
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿			住所 _____	
下記のとおり奨学援護金に関する異動を報告します。			ふりがな 氏名 _____ @	
消防団員又は水防団員の氏名 <small>ふりがな</small>				
損害補償を行う 市町村又は 組合名	都 道 府 県	市 町 村 組 合	事故発生日	年 月 日
			傷病等級該当、治 ゆ又は死亡した日	年 月 日
			傷病 障害 等級	第 級 号
			年金支払決定番号	ビ シー イ —
異 動 内 容				
異動した 者の氏名		異動年月日	年 月 日	
備 考				

[注意事項] (略)

別記基金様式第23号

就労保育援護金に 関する異動報告書

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		承認番号 | ホー — 年 月 日	
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿 下記のとおり就労保育援護金に関する異動を報告します。		住所 _____ ふりがな氏名 _____	
消防団員又は水防団員の氏名			
損害補償を行う 市町村又は 組合名	都道府県 市町村組合	事故発生日	年 月 日
		傷病等級該当、治癒又は死亡した日	年 月 日
		傷病障害 等級	第 級 号
		年金支払決定番号	ピシー —
異動内容	異動した者の氏名		
	異動年月日		
	年 月 日		
備考			

[注意事項] (略)

別記基金様式第23号

就労保育援護金に 関する異動報告書

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		承認番号 | ホー — 年 月 日	
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿 下記のとおり就労保育援護金に関する異動を報告します。		住所 _____ ふりがな氏名 _____	
消防団員又は水防団員の氏名			
損害補償を行う 市町村又は 組合名	都道府県 市町村組合	事故発生日	年 月 日
		傷病等級該当、治癒又は死亡した日	年 月 日
		傷病障害 等級	第 級 号
		年金支払決定番号	ピシー —
異動内容	異動した者の氏名		
	異動年月日		
	年 月 日		
備考			

[注意事項] (略)