

議会議員その他非常勤職員の災害発生報告書

認定番号※				
福島県市町村総合事務組合管理者		令和〇年〇〇月〇〇日		
市町村長				
管理者		〇〇市長 〇〇〇〇		
下記のとおり通勤・公務災害と認められる災害が発生したので、報告いたします。				
被災職員に関する事項	所属団体名	〇〇市	所属部局・課・係名	総務部総務課総務係
	ふりがな	ふくしま たらう	住所	〇〇市〇〇町〇〇-〇
	氏名	福島 太郎		
	生年月日	〇〇年〇〇月〇日 (△△歳) (男・女)		
	職種	臨時事務補助員	職業	
	任命年月日	令和〇年4月1日 ~ 令和〇年3月31日		
	補償基礎額	6,000円	当該職種職員数	5人
	災害発生の日時	令和〇年10月12日 (〇曜日)	午前(午後)1時20分頃	
	災害発生の場所	総務課隣の印刷室内		
	傷病名	右足甲打撲傷		
傷病の部位及びその程度	右足甲の打撲により全治1週間の加療を要す。			
職務内容	各種書類の電算入力事務、文書の收受及び浄書等			
災害発生の状況	印刷室の片づけをしていたところ、積み替えをしていた際に手が滑り、ダンボール箱を右足甲に落とし負傷したものである。			
災害による死亡者にあつては、補償を受けるべき遺族の住所、氏名、生年月日及び職員との続柄又は関係				
※ 認定	<input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外	年 月 日認定	年 月 日通知	

災害発生から2か月以上遅れて報告の場合には、市町村長(管理者)名で「遅延理由書」(様式は任意)を添付すること。

被災当時の満年齢

「非常勤職員数及び負担金報告書」に記載した職名を記入

「非常勤職員数及び負担金報告書」に記載した金額等を記入

疾病の場合は医師の判断によって確定した日

診断書記載の傷病名を記入

診断書に記載された部位及びその程度(療養見込み期間)を記入

疾病等でわからない場合は「不明」と記入