非常勤職員公務災害補償等

別記　第27号

障害の現状報告書（障害補償年金）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | | |  | | |  | | 認定番号 | | |  | |
| 福島県市町村総合事務組合管理者  　　下記のとおり障害の現状を報告します。  　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者の住所  ふ り が な  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　 名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1　年金証書の番号 | | | | | －　　　－ | | | | | | | | | | |
| 2　治ゆ年月日 | | | | | 年　　　　　月 | | | | | | | | | | |
| 3　障害等級 | | | | | 第　　　　　　級 | | | | | | | | | | |
| 4　障害の状況 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5　日常生活の概要 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6  公的年金の  受給関係 | 年金の種類 | | 年金の年額 | | | | 年金証書の  記号番号 | | | 支給開始  年　 月 | | | 所属社会保険事務所等 | | |
|  | | 円 | | | | －　　－ | | | 年　月 | | |  | | |
|  | | 円 | | | | －　　－ | | | 年　月 | | |  | | |
|  |  | | |  | | |  | ※□ 支給 | | | | □ 支給停止 | | | （免　責） |

【注意事項】

　1　この報告書は、障害補償年金の受給権者が提出すること。

　2　報告書は、※印の欄には記入しないこと。

　3　「4 障害の状況」の欄には、最近一年間について記入すること。

　4　「5 日常生活の概要」の欄には、最近一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。

|  |
| --- |
| ※７　医　師　の　証　明 |
| ⑴　障害の種類 |
| ⑵　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　□終日臥床　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理由  　　　　　　　　□自宅、病棟内でのみ行動できる  　　　　　　　　□通院（単独歩行）できる  　②　食　　事　□全く自用を弁じない　　　　　　　　　　　　　　　　理由  　　　　　　　　□他人の介助によつてできる  　　　　　　　　□支障がない  　③　用　　便　□全く自用を弁じない　　　　　　　　　　　　　　　　理由  　　　　　　　　□他人の介助によつてできる  　　　　　　　　□支障がない  　④　精神能力　□常に他人の厳重な注意を要する　　　　　　　　　　　理由  　　　　　　　　□随時他人の注意を要する  　　　　　　　　□通院可能であるが就労できない  　⑤　言語能力　□完全な失語あるいは構音機能の喪失　　　　　　　　　理由  　　　　　　　　□他人との間でようやく意思を通じ合うことができる  　　　　　　　　□支障がない | |
| ⑶　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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地  　　　　　　　　　　　病院または診療所の　名　　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 |