

申請・請求書及び診断書の例

1. 障害児福祉手当認定請求……………P 1～4
2. 労働者災害補償保険障害補償給付支給請求……………P 5～6
3. 労働者災害補償保険休業補償給付支給請求……………P 7～10

(表 面)

		※ 受付 年 月 日														
障 害 児 福 祉 手 当 認 定 請 求 書																
認定を受けようとする者	①	(ふりがな) 氏 名・性 別	男・女 Ⓜ													
	②	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 満 歳													
	③	住 所														
他制度の適用状況	④	障害基礎年金・特別 児童扶養手当等の受 給状況	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30px;">1</td> <td>受給している</td> <td rowspan="4" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="text-align: right;">年金等の種類</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>支給停止されている</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>申請中</td> <td style="text-align: right;">証書記号番号</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>受給していない</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> </table>	1	受給している	}	年金等の種類	2	支給停止されている	()	3	申請中	証書記号番号	4	受給していない	()
	1	受給している	}	年金等の種類												
2	支給停止されている	()														
3	申請中	証書記号番号														
4	受給していない	()														
⑤	身体障害者手帳の所 有状況	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30px;">1</td> <td>あり</td> <td rowspan="3" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="text-align: right;">番号 ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">等級 (級)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">障害名 ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">2 なし</td> </tr> </table>	1	あり	}	番号 ()			等級 (級)			障害名 ()				2 なし
1	あり	}	番号 ()													
			等級 (級)													
			障害名 ()													
			2 なし													
⑥	施設への入所状況	1 収容されている () 2 されていない														
⑦	そ の 他															
関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。 平成 年 月 日 氏 名 Ⓜ 殿																
※ 認 定 却 下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※ 備 考														

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ 字は楷書ではつきり書いてください。記名押印に代えて署名することができます。
- ◎ ※の欄は記入しないでください。

(裏 面)

注意

- 1 ④の欄は、障害基礎年金、特別児童扶養手当等他の制度による障害を支給事由とする年金等の受給状況について、該当するものを○で囲んでください。

なお、1から3までのいずれかに該当するときは、()内に具体的に記入してください。

- 2 ⑤の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。

なお、手帳を持っているときは、()内にその内容を記入してください。

- 3 ⑥の欄は、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、知的障害者更生施設等の施設に収容されているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。

なお、収容されているときは、()内に施設の種類を記入してください。

様式第二号(-) (第二条関係)

(表 面)

障害児福祉手当 (福祉手当) 認定診断書				(視覚障害用)	
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
③ 住 所				④ 障害の原因となつた傷病名	
⑤ 傷病の原因又は誘因	先天性 後天性 (疾病・不慮災・労災・その他)	⑥ 傷 病 発 生 日	年 月 日	昭和 平成 年 月 日	
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有 (年後) ・無		
⑨ 眼所見 (前眼部、中間透光体、眼底所見)					
現			裸 眼 視 力	矯 正 視 力	
			矯正可能の場合は使用眼鏡の種類とその度数		
	⑩ 視力	右 眼			
		左 眼			
症	⑪ 視野				
	右 眼	左 眼			
⑫ 備考					
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名					
				医師氏名	

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。

(日本工業規格A列4番)

(裏面)

注意

- 1 この診断書は、障害児福祉手当（福祉手当）の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は、障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となつた傷病について初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによつて記入してください。また、それが不明の場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑩の欄の視力測定の際の照度は、200ルクスとしてください。
- 5 ⑪の欄は、視野障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。
- 6 口頭による諸検査結果と他覚所見とが一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。

労働者災害補償保険

障害補償給付支給請求書

障害特別支給年金支給申請書

(注 意)

一 事項を記載する場合には、該当する事項を丸で囲むこと。
 二 請求人(申請人)が障害補償年金を受けていた者であるときは、①、④及び⑤の事項を証明することである。書類その他の資料を添付すること。
 三 請求人(申請人)が特別加入者であるときは、⑦には、その者の障害補償年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。
 四 ⑨については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 五 ⑩については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 六 ⑪については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 七 ⑫については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 八 ⑬については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 九 ⑭については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 十 ⑮については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 十一 ⑯については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 十二 ⑰については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 十三 ⑱については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 十四 ⑲については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 十五 ⑳については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 十六 ㉑については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 十七 ㉒については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 十八 ㉓については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 十九 ㉔については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。
 二十 ㉕については、「障害補償年金又は障害特別年金を受けることとなる場合に於いて、①及び②の事項を記載すること。」と記載すること。

① 労働保険番号		フリガナ		④ 負傷又は発病年月日	
府県	所掌	基幹番号	枝番号	氏名	(男・女)
管轄局	種別	西暦年	番号	生年月日	年 月 日 (歳)
② 年金証書の番号		フリガナ		⑤ 傷病の治癒した年月日	
管轄局	種別	西暦年	番号	勤務住所	年 月 日
③ 基礎年金番号		被保険者資格の取得年月日		⑦ 平均賃金	
年金の種類	障害等級	年 月 日	年 月 日	円 銭	
障害等級	支給される年金の額	⑧ 被害の原因及び発生状況 (災害発生場所、作業内容、状況等を簡明に記載すること。)		⑨ 特別給与の総額(年額)	
支給されることとなった年月日	基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード	⑩ 障害の部位及び状態 (診断書のとおり。)		円	
所轄社会保険事務所等	所轄社会保険事務所等			⑪ 既存障害がある場合にはその部位及び状態	
⑬の者については、①、⑥から⑩まで並びに⑫⑬及び⑭に記載したとおりであることを証明します。					
事業の名称		電話番号		局番	
事業場の所在地		郵便番号		⑯	
事業上の氏名		(法人その他の団体であるときは、その名称及び代表者の氏名)			
(注意) ⑫⑬及び⑭については、⑬の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。					
⑮ 添付する書類その他の名		⑰ 金融機関店舗コード		⑱ 預金の種類及び口座番号	
年金の払戻しを受けることを希望する金融機関又は郵便局		銀行・金庫 農協・漁協・信組		第 号	
フリガナ		郵便局コード		郵便局	
所在地		都道府県		市区	
郵便貯金通帳の記号番号		第 号		第 号	

障害補償給付の支給を請求します。
 上記により 障害特別支給年金の支給を申請します。 郵便番号 電話番号 局番

請求人の住所 氏名

申請人 氏名

振込を希望する銀行等の名称	預金の種類及び口座番号
銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店 支店 支所 普通・当座 第 号 名義人

診 断 書

氏 名		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別	男・女
傷 病 名			負傷発病年月	年 月 日		
障害の部位			初診年月日	年 月 日		
既往症	既存障害		治癒年月日	年 月 日		
療養の内容及び経過						
障害の状態の詳細	(図で示すことができるものは図解すること。)					
関節運動範囲	種類範囲					
	部 位					
		右				
		左				
		右				
		左				
上記のとおり診断します。			郵便番号	電話番号	局番	
年 月 日			所在地			
			名 称			
			診断担当者			
			氏 名			
(記名押印又は署名)						

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		Ⓢ	

労働者災害補償保険

休業補償給付支給請求書 第 回
 休業特別支給金支給申請書 (同一傷病分)

標準字体	ア	カ	サ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
	0	1	2	3	4	イ	キ	シ	チ
	5	6	7	8	9	ウ	ク	ス	ツ
						ヌ	フ	ム	ユ
						ル			
						エ	ケ	セ	テ
						ネ	ヘ	メ	レ
						オ	コ	ソ	ノ
						ホ	モ	ヨ	ロ

帳票種別 ※ 3 4 3 0 0		修正項目番号(1) 修正項目番号(2) ①管轄局番	
② 府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 労働保険番号		③新続再別 ④受付年月日 ※ 年 月 日	
⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 ⑦負傷又は発病年月日 ①男 ②女 ③明治元号 ④大正 ⑤昭和		⑧業通別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者 ※	
シメイ(カタカナ) ⑫		⑬日数査定 ⑭特支コード ⑮委任未支給 ⑯特別コード ⑰補助キー ※	
⑱ 平均賃金 ※ 万円 千円 百円 十円 円		⑲ 特別給付の額 ※ 万円 百円 千円 百円 十円 円	
下の欄及び⑳、㉑、㉒、㉓欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入して下さい。		㉔療養のため労働できなかった期間 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間のうち 日	
新規・変更		㉕賃金を受けなかつた日の日数(内訳別紙2のとおり)	
振込する金融機関名 口座名義人		㉖預金の種類 ㉗口座番号 ㉘金融機関 ①普通 ②当座	
行庫名 支店名		㉙マイギニン(カタカナ) (つづき)マイギニン(カタカナ)	
修正欄(1) 修正欄(2) ※		㉚欄の者については、㉑、㉒、㉓及び㉔欄から㉕欄まで(㉖欄の(ハ)を除く。)に記載したとおりであることを証明します。 年 月 日 事業の名称 電話局番 郵便番号 事業場の所在地 事業主の氏名 ㉛ (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名) 労働者の直接所属 事業場の名称・所在地 電話局番	
㉜傷病の部位及び傷病名		㉝療養の期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療実日数 日	
㉞療養の現況 年 月 日 治ゆ・死亡・転医・中止・継続中		㉟療養のため労働することができなかつたと認められる期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間のうち 日	
㊱欄の者については、㉞欄から㉟欄までに記載したとおりであることを証明します。 年 月 日 所在地 電話局番 病院又は診療所の名称 診療担当者氏名 ㊲		(注意) 1. ㉜欄の(イ)及び(ロ)については、㉜欄の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明すること。 2. 労働者の直接所属事業場名称所在地については、当該事業場が一括適用の取扱いをしている場合に限り記入すること。	

上記により 休業補償給付の支給を請求します。
 休業特別支給金の支給を申請

郵便番号 電話局番

年 月 日

住所 (方)

請求人の
 申請人

氏名 ㊲

労働基準監督署長 殿

① 労働者の職種		② 負傷又は発病の時刻		③ 平均賃金(算定内訳別紙1のとおり)		
		午前 時 分 午後 時 分		円 銭		
④ 所定労働時間	午前 時 分 から 午後 時 分 まで	⑤ 平成2年9月30日時点での休業補償給付額、休業特別支給金額の改定比率(平均給与額証明書のとおり。)				
⑥ 災害の原因及び発生状況(災害発生場所、作業内容、状況等を簡単に記載すること。)						
(イ) 基礎年金番号			(ロ) 被保険者資格の取得年月日		年 月 日	
⑦ 厚生年金保険等の受給関係	(ハ) 当該傷病に関して支給される年金の種類等	年金の種類		厚生年金保険法の	イ 障害年金 ロ 障害厚生年金	
				国民年金法の	ハ 障害年金 ニ 障害基礎年金	
				給付保険法の	ホ 障害年金	
		障害等級				級
		支給される年金の額				円
		支給されることとなった年月日				年 月 日
年金証書の年金コード						
所轄社会保険事務所等						
社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示		氏 名	電 話 番 号		
			⑧			

【注意】

- で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学的文字読取装置(OCR)で直接読取を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折りまげたりしないこと。
- 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲み(ただし、⑤、⑥及び⑦欄については該当番号を記入枠に記入すること。)、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 記入枠の部分は、必ず、黒色のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならつて、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明りように記載すること。
- ②、③、④及び⑤欄は、休業補償給付及び休業特別支給金の金融機関への振込みを希望する者が、その者の指定する金融機関の口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記載すること。
- 所定労働時間後に負傷した場合には、④及び⑤欄については、当該負傷した日を除いて記載すること。
- 別紙1①欄には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養のために休業した期間があり、その期間及びその期間中に受けた賃金の額を算定基礎から控除して算定した平均賃金に相当する額が平均賃金の額を超える場合に記載し、控除する期間及び賃金の内訳を別紙1②欄に記載すること。この場合は、③欄に、この算定方法による平均賃金に相当する額を記載すること。
- 別紙2は、④欄の「賃金を受けなかつた日」のうち業務上の負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうちその一部分についてのみ労働した日(別紙2において「一部休業日」という。)が含まれる場合に限り添付すること。
- 請求人(申請人)が特別加入者である場合は、
 - ③欄には、その者の給付基礎日額を記載すること。
 - ⑦、⑧、⑨、⑩、⑪及び⑫欄の事項を証明することができる書類その他の資料を添えること。
 - 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 第2回目以後の請求(申請)の場合には、
 - ②、③、④及び⑤欄については、前回の請求又は申請後の分について記載すること。
 - ①欄から④欄まで及び⑥欄は記載する必要がないこと。
 - 別紙1(平均賃金算定内訳)は付する必要がないこと。
 - その請求(申請)が離職後である場合(療養のために労働できなかった期間の全部又は一部が離職前にある場合を除く。)には、事業主の証明は受ける必要がないこと。
- ⑤欄の「平均給与額証明書」は、平成2年9月30日以前にその額が改定されたことのない休業補償給付及び休業特別支給金の申請については付する必要がないこと。
- 休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、⑥欄は記載する必要がないこと。
- 「事業主の氏名」の欄、「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄及び「請求人(申請人)」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

労働保険番号					氏名	災害発生年月日
府県	所掌管轄	基幹番号	枝番号			年月日

平均賃金算定内訳 (労働基準法第12条参照のこと。)

雇入年月日		年月日		常用・日雇の別		常用・日雇			
賃金支給方法		月給・週給・日給・時間給・出来高払割・その他請負制				賃金締切日	毎月日		
A 月・週その他一定の期間による	賃金計算期間	月	日から 日まで	月	日から 日まで	月	日から 日まで	計	
	総日数		日		日		日	④ 日	
	賃金	基本賃金		円		円		円	
		手当							
		手当							
	計		円		円		円	⑤ 円	
B 他の請負制による時間又は出来高払割その他	賃金計算期間	月	日から 日まで	月	日から 日まで	月	日から 日まで	計	
	総日数		日		日		日	④ 日	
	労働日数		日		日		日	⑥ 日	
	賃金	基本賃金		円		円		円	
		手当							
		手当							
計		円		円		円	⑥ 円		
総計			円		円		円	⑤ 円	
平均賃金		賃金総額⑤		円÷総日数④		=		円 銭	
最低保障平均賃金の計算方法									
Aの⑤		円÷総日数④		=		円 銭		銭⑥	
Bの⑥		円÷労働日数⑥		× $\frac{60}{100}$		円 銭		銭⑦	
⑥		円 銭+①		円 銭=		円 銭		銭(最低保障平均賃金)	
日日雇い入れられる者の平均賃金(昭和38年労働省告示第52号による。)	第1号又は第2号の場合	賃金計算期間	④ 労働日数又は労働総日数	⑤ 賃金総額	平均賃金(⑤÷④× $\frac{73}{100}$)				
		月 日から 月 日まで	日	円	円 銭				
	第3号の場合	都道府県労働局長が定める金額				円			
	第4号の場合	従事する事業又は職業				円			
	都道府県労働局長が定めた金額				円				
漁業及び林業労働者の平均賃金(昭和24年労働省告示第5号第2条による。)	平均賃金協定額の承認年月日		年 月 日	職種	平均賃金協定額 円				
① 賃金計算期間のうち業務外の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金を業務上の傷病の療養のため休業した期間の日数及びその期間中の賃金とみなして算定した平均賃金 (賃金の総額⑤-休業した期間にかかる②の①)÷(総日数④-休業した期間②の②) (円- 円)÷(日- 日)= 円 銭									

様式第8号（別紙1）（裏面）

② 業務外の傷病の療養のため休業した期間及びその期間中の賃金の内訳				
賃金計算期間	月 日 日から 月 日 日まで	月 日 日から 月 日 日まで	月 日 日から 月 日 日まで	計
業務外の傷病の療養のため休業した期間の日数	日	日	日	㊦ 日
期間中の賃金 業務外の傷病の療養のため休業した期	基本賃金	円	円	円
	手当			
	手当			
	計	円	円	円
休業の事由				