

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則を公布する。

平成24年3月30日

京都市教育委員会
委員長 藤原勝紀

京都市教育委員会規則第15号

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は，京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例（以下「条例」という。）第6条の規定に基づき，京都市立学校（以下「学校」という。）に勤務する学校医，学校歯科医及び学校薬剤師（以下「学校医等」という。）の公務上の災害が発生したことによる条例第1条に規定する補償（以下「補償」という。）に係る手続その他条例の施行に関し，必要な事項を定めるものとする。

(災害発生の認定請求)

第2条 補償を受けようとする学校医等は，当該補償の原因である災害が公務上の災害であることの認定を，当該学校医等が勤務する学校の校長（園長を含み，学校医等が複数の学校の学校医等を兼務している場合にあつては，当該災害に係る学校の校長をいう。以下「所属校長」という。）を経由して，公務災害認定請求書により，教育委員会に請求しなければならない。

(補償の請求方法)

第3条 学校医等は，公務上と認定された災害に関する補償のうち，公立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令（以下「政令」という。）第4条の2の規定の例により支給される傷病補償年金（以下「傷病補償年金」という。）以外のものを受けようとするときは，所属校長を経由して，教育委員会に請求しなければならない。ただし，政令第2条の規定の例により支給される療養補償にあつては，所属校長に代えて医療機関等を経由して請求することができる。

(傷病補償年金の支給の決定等)

第4条 教育委員会は，学校医等が公務上負傷し，又は疾病にかかり，当該負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6箇月を経過した日（以下「基準日」という。）から相当の期

間内に、基準日において政令第4条の2第1項各号のいずれにも該当するかどうかを決定し、当該学校医等に通知するとともに、同項各号のいずれにも該当する場合には、速やかに傷病補償年金の支給の決定をし、当該学校医等に通知しなければならない。

2 教育委員会は、学校医等が公務上負傷し、又は疾病にかかり、基準日後に政令第4条の2第1項各号のいずれにも該当するものと決定したときは、速やかにその旨を当該学校医等に通知するとともに、傷病補償年金の支給の決定をし、当該学校医等に通知しなければならない。

3 教育委員会は、傷病補償年金を受けている者が政令第4条の2第4項に規定する場合に該当するものと決定したときは、速やかにその旨を当該傷病補償年金を受けている者に通知するとともに、新たに該当するに至った傷病等級に応じる傷病補償年金の支給の決定をし、その旨を当該傷病補償年金を受けている者に通知しなければならない。

4 教育委員会は、傷病補償年金を受けている者の障害の程度が政令第4条の2第1項第2号に定める傷病等級に該当しなくなったものと決定したときは、その旨を当該傷病補償年金を受けている者に通知しなければならない。

(遺族補償年金の請求の代表者)

第5条 政令第8条から第11条までの規定の例により支給される遺族補償年金(以下「遺族補償年金」という。)を受ける権利を有する者が2人以上あるときは、これらの者は、そのうちの1人を遺族補償年金の請求及び受領についての代表者に選任しなければならない。ただし、世帯を異にする等やむを得ない事情のため、代表者を選任することができないときは、この限りでない。

2 遺族補償年金を受ける権利を有する者は、前項の規定により、代表者を選任し、又はその代表者を解任したときは、代表者を選任し、又は解任したことを証明することができる書類を添えて、速やかにその旨を教育委員会に届け出なければならない。

(所在不明による支給停止等の手続)

第6条 教育委員会に対する遺族補償年金の支給の停止又は支給の停止の解除の申請は、書面により行わなければならない。

2 教育委員会は、前項の規定による申請に基づき、遺族補償年金の支給を停止し、又は支給の停止を解除したときは、当該申請を行った者に対し速やかに書面によりその旨を通知しなければならない。

(年金証書)

第7条 教育委員会は、年金たる補償（政令第1条の3に規定する年金たる補償をいう。

以下同じ。）の支給の決定の通知をするときは、当該補償を受けるべき者に対し、併せて年金証書を交付しなければならない。

2 教育委員会は、既に交付した年金証書の記載事項を変更する必要があるときは、当該証書と引換えに新たな年金証書を交付しなければならない。

3 教育委員会は、必要があると認めるときは、年金証書の提出又は提示を求めることができる。

第8条 年金証書の交付を受けた者は、その年金証書を亡失し、又は著しく損傷したときは、再交付の請求書に亡失の理由を明らかにすることができる書類又は損傷した年金証書を添えて、年金証書の再交付を教育委員会に請求することができる。

2 年金証書の再交付を受けた者は、その後において亡失した年金証書を発見したときは、速やかにこれを教育委員会に返還しなければならない。

第9条 年金証書の交付を受けた者又はその遺族は、当該年金証書に係る年金たる補償を受ける権利が消滅したときは、遅滞なく当該年金証書を教育委員会に返還しなければならない。

（療養の現状等に関する報告）

第10条 教育委員会は、基準日において当該負傷又は疾病が治っていない者から、基準日後1箇月以内に、療養の現状等に関する報告書を提出させるものとする。

2 教育委員会は、基準日後において当該負傷又は疾病が治っていない者から、療養の現状等に関する報告書を提出させることができる。

（定期報告）

第11条 年金たる補償を受ける者は、毎年1回2月1日から同月末日までの間に、その障害の現状又は遺族補償年金の支給額の算定の基礎となる遺族の現状に関する報告書を教育委員会に提出しなければならない。ただし、教育委員会があらかじめその必要がないと認めて通知したときは、この限りでない。

（届出）

第12条 年金たる補償を受ける者は、次の各号のいずれかに該当するときは、遅滞なく、その旨を教育委員会に届け出なければならない。

(1) 氏名又は住所を変更したとき。

(2) 傷病補償年金を受ける者にあつては、次のいずれかに該当したとき。

ア その負傷又は疾病が治ったとき。

イ その身体障害の程度に変更があったとき。

(3) 政令第5条の規定の例により支給される障害補償年金を受ける者にあつては、その身体障害の程度に変更があったとき。

(4) 遺族補償年金を受ける者にあつては、次のいずれかに該当したとき。

ア 政令第10条第1項（同項第1号を除く。）の規定により、その者の遺族補償年金を受ける権利が消滅したとき。

イ その者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の数に増減が生じたとき。

ウ 政令第9条第4項各号のいずれかに該当するに至ったとき。

2 補償を受ける権利を有する者が死亡したときは、その者の遺族は、遅滞なく、その旨を教育委員会に届け出なければならない。

3 前2項の届出をする場合には、その事実を証明することができる書類その他の資料を教育委員会に提出しなければならない。

(記録簿)

第13条 教育委員会は、補償に関する記録簿を備え、必要な事項を記入しなければならない。

(請求書等の様式)

第14条 請求書等の様式は、次の表に掲げるところによる。

名 称	事 項	様 式
公 務 災 害 認 定 請 求 書	第 2 条 関 係	第 1 号 様 式
療 養 補 償 請 求 書	第 3 条 関 係	第 2 号 様 式
休 業 補 償 請 求 書	第 3 条 関 係	第 3 号 様 式
障 害 補 償 年 金 請 求 書	第 3 条 関 係	第 4 号 様 式
障 害 補 償 一 時 金 請 求 書	第 3 条 関 係	第 5 号 様 式
介 護 補 償 請 求 書	第 3 条 関 係	第 6 号 様 式
遺 族 補 償 年 金 請 求 書	第 3 条 関 係	第 7 号 様 式
遺 族 補 償 一 時 金 請 求 書	第 3 条 関 係	第 8 号 様 式
葬 祭 補 償 請 求 書	第 3 条 関 係	第 9 号 様 式

未支給の補償請求書	第3条関係	第10号様式
障害補償年金差額一時金請求書	第3条関係	第11号様式
障害補償年金前払一時金請求書	第3条関係	第12号様式
遺族補償年金前払一時金請求書	第3条関係	第13号様式
年金証書	第7条関係	第14号様式
障害の現状報告書（傷病補償年金関係）	第10条関係	第15号様式
障害の現状報告書（障害補償年金関係）	第11条関係	第16号様式
遺族の現状報告書	第11条関係	第17号様式

附 則

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

第1号様式（第2条関係）

公務災害認定請求書

		※認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年 月 日	
請求者の住所	請求者氏名 印	学校医等との続柄	

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第2条の規定により，次の災害が公務により生じたものであることの認定を請求します。

1 学校医等に関する事項	所属学校	
	(ふりがな) 氏 名 年 月 日生 (歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	職 名 <input type="checkbox"/> 学校医 <input type="checkbox"/> 学校歯科医 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師	左記職名としての経験年数 年 箇月
	災害発生の日時 年 月 日 (曜日) 午 前後 時 分頃	
	災害発生の場所	
	傷 病 名	
	傷病の部位及びその程度（全治期間及び休業の有無・期間） （部位） （全治） 年 月 日から 年 月 日までの 日間 （休業） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（期間： 年 月 日から 年 月 日までの 日間）	

※ 受 理	年 月 日	※ 認 定	年 月 日
※ 通 知	年 月 日		<input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外

2 災害発 生の状況	
※3 所属 校長の証明	1 及び 2 については、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 所属学校 所属校長 印
4 添付す る資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写し <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写し <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他 ()

注1 ※印の欄は、記入しないでください。該当する□には、レ印を記入してください。

2 「傷病の部位及びその程度」の欄の「全治」及び「休業」については、治療が終了し、又は休業を要しなくなった場合には実際に必要とした日数を、現在も治療し、又は休業している場合には記入時点での見込み日数を記入してください。

療養補償請求書

	認定番号	
	請求回数	第 回（ 年 月分）
（宛て先）京都市教育委員会		年 月 日
請求者の住所	請求者の氏名	㊟

1 補償費用の請求及び受領の委任	この請求書による療養補償の費用の請求及び受領を.....に委任します。	左記の委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。
	氏 名	住所 支払請求者 氏名
	㊟	㊟

京都市立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第3条の規定により、次の療養補償を請求します。		
2 学校医等に関する事項	所属学校	職種 <input type="checkbox"/> 学校医 <input type="checkbox"/> 学校歯科医 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師
	氏 名	負傷又は発病の年月日
	年 月 日生	年 月 日
3 診 療 費	内訳は「※10 診療費請求明細」欄記載のとおり	円
4 調 剤 費	内訳は「※11 調剤費請求明細」欄記載のとおり	円
5 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「※12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円
	<input type="checkbox"/> 看護婦 <input type="checkbox"/> その他 () 年 月 日から 年 月 日まで 日間	
6 移 送 費	交 通 費 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回	円
	その他の移送費 ()	円
7 上記以外の療養費		円
8 療養補償請求金額		円

※受 理	平成 年 月 日	※通 知	平成 年 月 日
※決定金額	円		

- 注1 ※印の欄は、記入しないでください。該当する□には、レ印を記入してください。
- 2 「1 補償費用の請求及び受領の委任」欄には、診療に当たった医療機関等に療養補償の費用の請求及び受領を委任しようとする場合にのみ記入してください。
- 3 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書及び明細書を添付してください。
- 4 「7 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料並びに療養に必要な治療材料等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付してください。
- 5 診療費請求明細の欄の記入に代えて同様の事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の診療費等明細書を添付することができます。

※9 診療費請求明細										
傷病名	ア				診療開始日	ア	年	月	日	
	イ					イ	年	月	日	
	ウ					ウ	年	月	日	
11 初診	時間外・休日・深夜	回	点		診療期間	年 月 日から 年 月 日まで				
					診療実日数	日				
12 再診	再診	回			転帰	年 月 日				
	外来管理加算	回				治癒	継続	転医	中止	死亡
	時間外	回			傷病の経過					
	休日・深夜	回								
13 指導		回								
14 在宅		回								
20 投薬	内服	薬調	剤	単位	摘 要					
		・	処	回						
	屯服	薬調	剤	単位						
		・	処	回						
	外用	薬調	剤	単位						
		・	処	回						
	処方			回						
	麻毒			回						
	調基			回						
30 注射	皮下	筋肉	内	回	そ の 他					
	静脈		内	回						
	その他			回						
40 処置	薬剤			回						
50 麻酔手術	薬剤			回						
60 検査	薬剤			回						
70 画像診断	薬剤			回						
80 その他	処方せん			回						
90 入院	入院年月日		年 月 日							
	病	診	入院基本料・加算							
			×	日間						
	基	普	衣	×	日間					
×				日間						
特定入院料・その他										
診療報酬点数表により計算できる合計額				(合計点数)	(1点単価)					
				点	×	円	円			
診療報酬点数表により計算できないもの (初再診, 指導, 診断書, 入院室料差額等 金額で計算するもの)							円			
診療費請求合計額							円			
上記の事項は、事実と相違ありません。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関等に療養補償の費用の請求及び受領を委任する場合は、不要です。)										
年 月 日				医療機関等		所在地		名称		
						医師の氏名		印		

※11 訪問看護事業者の証明		(訪問看護期間)					
傷病名		年 月 日から					
傷病の経過		年 月 日まで					
基本療養費 (Ⅰ) ・ (Ⅱ)	保健師, 助産師, 看護師, 理学療法士, 作業療法士	訪問看護の回数	回				
	円× 回 円	指示期間	指示期間				
	円× 回 円		年 月 日から 年 月 日まで				
	准看護師		(特別指示期間)				
	円× 回 円	年 月 日から 年 月 日まで					
円× 回 円							
加算	円× 回 円	主治医への直近報告年月日 年 月 日					
管理療養費	管理療養費	訪問日					
	円+ 円× 日 円	1 2 3 4 5 6 7					
	管理療養費の加算	8 9 10 11 12 13 14					
	円 円	15 16 17 18 19 20 21					
		22 23 24 25 26 27 28					
	29 30 31						
情報提供療養費	円	提供した情報の概要					
		情報提供先の市区町村名					
ターミナルケア療養費	円	(備考)					
合計	円						
訪問介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(この欄の記入は, 訪問看護を行った訪問介護事業者に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です)。							
年 月 日							
訪問看護事業者の							
<table border="0"> <tr> <td rowspan="3">}</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>名称</td> </tr> <tr> <td>代表者の氏名</td> </tr> </table>				}	所在地	名称	代表者の氏名
}	所在地						
	名称						
	代表者の氏名						
			印				

第3号様式（第3条関係）

休業補償請求書

	認定番号	
	請求回数	第 回
(宛て先) 京都市教育委員会	年	月 日
請求者の住所	請求者の氏名 印	

京都市立学校の学校医，学校歯科医，学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第3条の規定により，次の休業補償を請求します。					
1 学校 医等に関 する事項	所属学校		職 名 <input type="checkbox"/> 学校医 <input type="checkbox"/> 学校歯科医 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師		
	氏 名 年 月 日生 (歳)		上記職名としての経験年数 年 箇月		
	負傷又は発病の年月日 年 月 日				
	扶養親族の人数及び内訳 人 (内訳は以下のとおり)				
	氏 名	生年月日	住 所	学校医等 との続柄	備 考
		・ ・			
		・ ・			
2 請求 日数	年 月 日から 年 月 日まで のうち 日				
※3 所 属校長の 証明	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 所属学校 所属校長 印				
4 休業 補償額の 計算	他の法律 による給 付を受け ている場 合	$\frac{\text{(補償基礎額)} \times \text{(請求日数)}}{100} \times \frac{\text{(調整率)}}{100} = \text{円 (A)}$			
		$\frac{\text{(補償基礎額)} \times \text{(請求日数)}}{100} \times \frac{\text{(他の法律による給付年金額合計)}}{365} = \text{円 (B)}$			
	(A), (B) いずれか大きい額				円
上記以外 の場合	$\frac{\text{(補償基礎額)} \times \text{(請求日数)}}{100} = \text{円}$				

※ 5 医 師 の 証 明	傷病名	現在の状態 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 死亡
	請求日数のうち療養のために勤務することができなかつたと認められる日数 年 月 日から うち 日 年 月 日まで	勤務することができなかつたと認められる理由
	(学校医等の氏名)に係る傷病については、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 医療機関の { 所在地 名 称 医師の氏名	
6	補償基礎額の算定 経験年数 年 基礎額 円 (a) 扶養親族 人 (扶養親族の続柄及び年齢:) 加算額 円 (b) 基礎額 (a) + 加算額 (b) 円 [ただし補償限度額 円] 補償基礎額 円	
※7 所属 校長の証明	(学校医等の氏名)に係る補償基礎額については、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 所属学校 所属校長	

- 注1 ※印の欄は、記入しないでください。該当する□には、レ印を記入してください。
- 2 「2 請求日数」の欄には、公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令（以下「政令」という。）第4条ただし書に該当する日がある場合は、当該日数を控除した日数を記入してください。
- 3 「6 補償基礎額の算定」の欄の「基礎額」は、政令別表に掲げる基礎額を記入してください。

第4号様式（第3条関係）

障害補償年金請求書

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年	月 日
請求者の住所	請求者の氏名	学校医等との続柄	
	印		

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第3条の規定により，次の障害補償年金を請求します。					
1 学校医等に関する事項	所属学校		職 名 □学校医 □学校歯科医 □学校薬剤師		
	氏 名 年 月 日生		上記職名としての経験年数 年 箇月		
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		治癒（症状固定）年月日 年 月 日		
	扶養親族の人数及び内訳 人（内訳は以下のとおり）				
	氏 名	生年月日	住 所	学校医等との続柄	備 考
		・ ・			
		・ ・			
2 障害の部位及びその程度					
3 既存障害とその程度					
4 障 害 等 級		第 級 号			
5 障害補償年金請求金額の計算	他の法律による給付を受けている場合	(補償基礎額) (倍数) (調整率) 円× × = 円			
	上記以外の場合	(補償基礎額) (倍数) 円× = 円			
6 厚生年金保険法等の適用		<input type="checkbox"/> 被保険者である。(法律の名称：) <input type="checkbox"/> 被保険者でない。			
7 添付する書類その他の資料の名称					

8 補償基礎額の算定	
経験年数	年
基礎額	円 (a)
扶養親族	人 (扶養親族の続柄及び年齢:)
加算額	円 (b)
基礎額 (a) + 加算額 (b)	円 [ただし補償限度額 円]
補償基礎額	円
※9 所属校長の証明	<p>(学校医等の氏名)</p> <p>.....に係る補償基礎額については、上記のとおりであることを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所属学校</p> <p>所属校長 印</p>

注1 ※印の欄は、記入しないでください。該当する口には、レ印を記入してください。

2 「3 既存障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入し、既存の障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記してください。

3 「5 障害補償年金請求金額の計算」の欄の「倍数」には、政令附則第3条の表に掲げる補償基礎額に乗じるべき数を記入してください。

4 「6 厚生年金保険法等の適用」の欄には、請求者が、請求する障害補償年金と同一の事由によって公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令（以下「政令」という。）附則第3条の表の中欄に掲げる年金の適用を受ける者であるときは、その適用を受ける法律の名称を（ ）内に記入してください。

なお、この請求書を提出するときに、既に当該遺族補償年金と同一の事由により政令附則第3条の表の中欄に掲げる年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号、所轄年金事務所等を記載した書類を添付してください。

5 「8 補償基礎額の算定」の欄の「基礎額」は、政令別表に掲げる基礎額を記入してください。

6 この請求書には、治癒の時期の決定及び障害の等級の決定に必要な医師の診断書、X線写真その他の書類又は資料を添付してください。

障害補償一時金請求書

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年 月 日	
請求者の住所	請求者の氏名	学校医等との続柄	
		印	

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第3条の規定により，次の障害補償一時金を請求します。

1 学校医等に関する事項	所属学校	職 名 <input type="checkbox"/> 学校医 <input type="checkbox"/> 学校歯科医 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師			
	氏 名	上記職名としての経験年数			
	年 月 日生	年 箇月			
	負傷又は発病の年月日	治癒（症状固定）年月日			
	年 月 日	年 月 日			
	扶養親族の人数及び内訳 人（内訳は以下のとおり）				
	氏 名	生年月日	住 所	学校医等との続柄	備 考
	・ ・				
	・ ・				
	・ ・				
	・ ・				
	・ ・				
	・ ・				
2 障害の部位及びその程度					
3 既存障害とその程度					
4 障 害 等 級		第 級 号			
5 障害補償一時金請求金額の計算	障害の程度が加重となった場合	(補償基礎額)	(倍数)	(調整額)	円
	円 ×	＝	円		
5 障害補償一時金請求金額の計算	上記以外の場合	(補償基礎額)	(倍数)		円
	円 ×	＝	円		
6 添付する書類その他の資料の名称					

7 補償基礎額の算定	
経験年数	年
基礎額	円 (a)
扶養親族	人 (扶養親族の続柄及び年齢:)
加算額	円 (b)
基礎額 (a) + 加算額 (b)	円 [ただし補償限度額 円]
補償基礎額	円
※8 所属 校長の証明	(学校医等の氏名)に係る補償基礎額については、上記のとおりであることを証明 します。 年 月 日
	所属学校 所属校長 印

注1 ※印の欄は、記入しないでください。該当する□には、レ印を記入してください。

- 2 「3 既存障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入し、既存の障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記してください。
- 3 「5 障害補償年金請求金額の計算」の欄の「倍数」には、公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令（以下「政令」という。）第5条第4項に掲げる補償基礎額に乗じるべき数を記入してください。
- 4 「7 補償基礎額の算定」の欄の「基礎額」は、政令別表に掲げる基礎額を記入してください。
- 5 この請求書には、治癒の時期の決定及び障害の等級の決定に必要な医師の診断書、X線写真その他の書類又は資料を添付してください。

介護補償請求書

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年 月 日	
請求者の住所		請求者の氏名 (印)	

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第3条の規定により，次の介護補償を請求します。				
1 学校医等に関する事項	所属学校	職 名 <input type="checkbox"/> 学校医 <input type="checkbox"/> 学校歯科医 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師		
	氏 名	負傷又は発病の年月日		
	年 月 日生	年 月 日		
2 傷病等級又は障害等級	<input type="checkbox"/> 傷病等級（第 級 号） <input type="checkbox"/> 障害等級（第 級 号）	3 年金証書の番号	第 号	
4 介護を要する状態の常時又は随時の別	<input type="checkbox"/> 常時介護を要する状態 <input type="checkbox"/> 随時介護を要する状態			
5 請求金額等	請求対象年月	介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無	介護費用として支出した額	請求月額
	年 月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	円
	年 月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	円
	年 月	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	円
介護補償請求金額（請求月額の合計）				円
6 介護を受けた場所	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等（名称： ） 入院・入所期間（ 年 月 日～ 年 月 日）			
7 介護に従事した者	氏 名	請求者との続柄又は関係	請求者が介護を受けた期間	
			年 月 日～ 年 月 日	
			年 月 日～ 年 月 日	
			年 月 日～ 年 月 日	

注1 該当する□には，レ印を記入してください。

- 2 「5 請求金額等」の欄の「請求対象年月」，「介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無」，「介護費用として支出した額」及び「請求月額」の欄は，それぞれの月ごとに記入してください。
- 3 「7 介護に従事した者」の欄には，介護費用を支出せずに介護を受けた日がある場合に当該介護を行った者について記入してください。
- 4 この請求書には，次に掲げる書類を添付してください。
 - (1) 障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書（ただし，第2回目以後の請求において介護を要する状態の常時又は随時の別に変更がない場合には，省略することができます。）
 - (2) 介護補償を受けようとする期間における介護の事実並びに当該介護に従事した者の氏名及び請求者との続柄又は関係を記載した書類
 - (3) 介護費用を支出して介護を受けた日がある場合にあっては，当該介護を受けた年月日及び時間並びに当該介護費用として一月に支出した額を証明することができる書類

遺族補償年金請求書

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年 月 日	
請求者(代表者)の住所	請求者(代表者)の氏名	死亡学校医等との続柄	
		印	

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第3条の規定により，次の遺族補償年金を請求します。

1 死亡学校医等に関する事項	所属学校		職名 <input type="checkbox"/> 学校医 <input type="checkbox"/> 学校歯科医 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師		
	氏名 年 月 日生		上記職名としての経験年数 年 箇月		
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		死亡年月日 年 月 日		
	厚生年金保険法等の適用 <input type="checkbox"/> 被保険者であった。(法律の名称) <input type="checkbox"/> 被保険者でなかった。				
2 請求の事由	<input type="checkbox"/> 学校医等の死亡 <input type="checkbox"/> 先順位者の失権 <input type="checkbox"/> 胎児であった子の出生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明				
3 請求者及び遺族補償年金を受けられる遺族	氏名	生年月日	住所	死亡学校医等との続柄	備考
		・ ・			
		・ ・			
		・ ・			
4 既に遺族補償年金を受けている者	氏名	生年月日	住所	死亡学校医等との続柄	備考
		・ ・			
		・ ・			
		・ ・			
5 遺族補償年金請求金額の計算	他の法律による給付を受けている場合				
	(補償基礎額) (倍数) (受給権者の数) (調整率) 円 × × 1 / × = 円				
	上記以外の場合				
6 遺族補償年金請求金額	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合				
	円				

7 添付する書類その他の資料の名称	
8 補償基礎額の算定 経験年数 年 基礎額 円 (a) 扶養親族 人 (扶養親族の続柄及び年齢:) 加算額 円 (b) 基礎額 (a) + 加算額 (b) 円 [ただし補償限度額 円] 補償基礎額 円	
※9 所属校長の証明	(学校医等の氏名)に係る補償基礎額については、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 所属学校 所属校長 印

注1 ※印の欄は、記入しないでください。該当する□には、レ印を記入してください。

2 「1 死亡学校医等に関する事項」の欄の「厚生年金保険法等の適用」の欄には、死亡した学校医等が公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令（以下「政令」という。）附則第3条の表の中欄に掲げる年金の適用を受ける者であるときは、その適用を受ける法律の名称を（ ）内に記入してください。

なお、この請求書を提出するときに、既に当該遺族補償年金と同一の事由により政令附則第3条の表の中欄に掲げる年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号、所轄年金事務所等を記載した書類を添付してください。

3 「3 請求者及び遺族補償年金を受けることができる遺族」の欄の備考には、その者が請求者であるときは「請」、その者が代表者であるときは「代」、その者が障害等級第7級以上に該当する障害の状態にあるときは「身」、その者が請求者と生計を同じくしているときは「生」と明記してください。

4 「4 既に遺族補償年金を受けている者」の欄は、「2 請求の事由」の欄の記載が学校医等の死亡以外の場合に記入してください。

5 「5 遺族補償年金請求金額の計算」の「倍数」には、政令附則第1条の2第1項の表に掲げる補償基礎額に乗じるべき数を記入してください。

6 「6 遺族補償年金請求金額」の欄には、受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合は「5 遺族補償年金請求金額の計算」の欄に記入した金額を記入し、代表者を選任した場合は当該金額に受給権者の数を乗じて得た金額を記入してください。

7 「8 補償基礎額の算定」の欄の「基礎額」は、政令別表に掲げる基礎額を記入してください。

8 この請求書には、次に掲げる書類を添付してください。ただし、この請求書の提出前に、当該補償の事由となった学校医等の死亡に係る遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)及び(3)に掲げる書類は、添付する必要はありません。

- (1) 学校医等の死亡診断書，死体検案書，検視調書その他学校医等の死亡の事実及びその死亡が公務により生じたものであることを証明する書類又はその写し
- (2) 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族の氏名及び死亡学校医等との続柄に関する市町村長又は区長の発行する証明書
- (3) 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が学校医等の死亡の当時その収入により生計を維持していた事実を認めることのできる書類
- (4) 請求者が，婚姻の届出をしていないが，学校医等の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは，その事実を認めることのできる書類
- (5) 請求者又は請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が障害等級第7級以上に該当する障害の状態にある者であるときは，その者が学校医等の死亡の当時から引き続きその状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類又は資料
- (6) 請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が請求者と生計を同じくしているときは，その事実を認めることのできる書類
- (7) 請求者が妻で，他に遺族補償年金を受けることができる遺族がない場合において，その者が障害等級第7級以上に該当する障害の状態にある者であるときは，その状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類又は資料
- (8) 請求者が2人以上ある場合で，代表者を選任したときは代表者以外の請求者の同意書等その者が代表者であることを認めることのできる書類，代表者を選任しないときはその理由を記載した書類

遺族補償一時金請求書

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年 月 日	
請求者の住所	請求者の氏名 印	死亡学校医等との続柄	

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第3条の規定により，次の遺族補償一時金を請求します。

1 死亡学校医等に関する事項	所属学校		職名 <input type="checkbox"/> 学校医 <input type="checkbox"/> 学校歯科医 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師		
	氏名 年 月 日生		上記職名としての経験年数 年 箇月		
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		死亡年月日 年 月 日		
2 受給者に関する事項	氏名	生年月日	住所	死亡学校医等との続柄	備考
		・ ・			
		・ ・			
		・ ・			
		・ ・			
		・ ・			
3 遺族補償年金が支給されていた場合	年金受給者氏名	年金証書の番号	支給された年金額の合計	支給された年金額の総計	
		第 号	円	円	
		第 号	円		
		第 号	円		
	第 号	円			
4 遺族補償一時金請求金額の計算	$\text{(補償基礎額)} \times \text{(倍数)} - \text{(支給された年金額の総計)} \times \text{(受給者の数)} \\ = \text{円} \times \text{ - } \text{円} \text{ } \times 1 /$				
5 添付する書類その他の資料の名称					

6 補償基礎額の算定	
経験年数	年
基礎額	円 (a)
扶養親族	人 (扶養親族の続柄及び年齢:)
加算額	円 (b)
基礎額 (a) + 加算額 (b)	円 [ただし補償限度額 円]
補償基礎額	円
※7 所属 校長の証明	(学校医等の氏名)に係る補償基礎額については、上記のとおりであることを証明 します。 年 月 日
	所属学校 所属校長 印

- 注1 ※印の欄は、記入しないでください。該当する口には、レ印を記入してください。
- 2 「2 受給権者に関する事項」の欄には、全ての受給権者について記入してください。
 - 3 「3 遺族補償年金が支給されていた場合」の欄には、この請求書の提出前に当該補償の事由となった学校医等の死亡に係る遺族補償年金の支給が行われていた場合にのみ記入してください。
 - 4 「4 遺族補償一時金請求金額の計算」の欄の「倍数」は、公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令（以下「政令」という。）第14条第1項各号に掲げる倍数のうち、該当するものを記入してください。
 - 5 「6 補償基礎額の算定」の欄の「基礎額」は、政令別表に掲げる基礎額を記入してください。
 - 6 この請求書には、次に掲げる書類を添付してください。ただし、この請求書の提出前に、当該補償の事由となった学校医等の死亡に係る遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)に掲げる書類は、添付する必要はありません。
 - (1) 学校医等の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他学校医等の死亡の事実及びその死亡が公務により生じたものであることを証明する書類又はその写し
 - (2) 請求者と死亡学校医等との続柄又は関係に関する市町村長又は区長の発行する証明書
 - (3) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、学校医等の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
 - (4) 学校医等の死亡に係る遺族補償年金を受けることができる遺族がなく、かつ、請求者に先順位者がいないことを証明する書類
 - (5) 請求者が学校医等の死亡の当時その収入によって生計を維持していた子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹であるときは、その事実を認めることのできる書類
 - (6) 請求者が、配偶者、死亡学校医等の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹以外の者で、主として死亡学校医等の収入によって生計を維持していた者であるときは、その事実を認めることのできる書類
 - (7) 請求者が死亡学校医等の遺言又はその京都市教育委員会に対する予告により特に指定された者であるときは、これを証明する書類

葬祭補償請求書

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年 月 日	
請求者の住所	請求者の氏名	学校医等との続柄 又は関係	
		印	

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第3条の規定により，次の葬祭補償を請求します。					
1 学校医等に関する事項	所属学校		職 名 <input type="checkbox"/> 学校医 <input type="checkbox"/> 学校歯科医 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師		
	氏 名 年 月 日生		上記職名としての経験年数 年 箇月		
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		死亡年月日 年 月 日		
	扶養親族の人数及び内訳 人（内訳は以下のとおり）				
	氏 名	生年月日	住 所	学校医等との続柄	備 考
		・ ・			
		・ ・			
2 葬祭補償請求金額の計算	(ア) (補償基礎額) 315,000円+ ×30= 円				
	(イ) (補償基礎額) ×60= 円				
3 葬祭補償請求金額	(ア)，(イ)のうち高い金額 円				
4 添付する書類その他の資料名					

5 補償基礎額の算定	
経験年数	年
基礎額	円 (a)
扶養親族	人 (扶養親族の続柄及び年齢:)
加算額	円 (b)
基礎額 (a) + 加算額 (b)	円 [ただし補償限度額 円]
補償基礎額	円
※6 所属 校長の証明	<p>(学校医等の氏名)</p> <p>.....に係る補償基礎額については、上記のとおりであることを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所属学校</p> <p>所属校長 印</p>

注1 ※印の欄は、記入しないでください。該当する口には、レ印を記入してください。

2 「5 補償基礎額の算定」の欄の「基礎額」は、公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令別表に掲げる基礎額を記入してください。

3 この請求書には、葬祭を行った事実を認めることのできる書類を添付してください。

4 この請求書と同時に遺族補償の請求書を併せて提出する場合は、「5 補償基礎額算定」の欄は、記入する必要はありません。

第10号様式（第3条関係）

未支給の補償請求書

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年 月 日	
請求者の住所	請求者の氏名 印	死亡した受給権者との続柄	

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第3条の規定により，次の未支給の補償を請求します。			
1 死亡した受給権者		氏名・生年月日 年 月 日生	
		死亡年月日 年 月 日	
2 未支給の補償	種類	〔年金たる補償のときは年金〕 証書の番号 第 号	
	請求金額	円	
3 添付する書類その他の資料名			

注1 この請求書には，次に掲げる書類を添付してください。ただし，請求者が，未支給の補償と併せて，遺族補償又は葬祭補償を請求する場合には，当該遺族補償又は葬祭補償を請求するために提出すべき書類又は資料については，添付する必要はありません。

- (1) 死亡した受給権者の死亡診断書，死体検案書，検視調書その他死亡した受給権者の死亡を証明する書類又はその写し
- (2) 未支給の補償が遺族補償年金以外の補償であるときは，次に掲げる書類
 - ア 請求者の氏名及び死亡した受給権者との続柄に関する市町村長又は区長の発行する証明書
 - イ 請求者が死亡した受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
 - ウ 請求者が婚姻の届出をしていないが死亡した受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは，その事実を認めることのできる書類
- (3) 請求者が配偶者以外の者であるときは，他に先順位者がいないことを証明する書類
- (4) 死亡した受給権者がこの請求に係る未支給の補償分についてまだ請求をしていなかったときは，その請求を行うこととした場合に必要な書類その他の資料

2 補償又は福祉事業の請求又は申請のため，この請求書の提出前に既に提出されている書類又は資料と同じ書類又は資料については，添付する必要はありません。

第 1 1 号様式（第 3 条関係）

障害補償年金差額一時金請求書

	認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会	年 月 日	
請求者の住所	請求者の氏名 Ⓜ	死亡した受給権者との続柄又は関係

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第 3 条の規定により，次の障害補償年金差額一時金を請求します。		
1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項	所属学校	職名 <input type="checkbox"/> 学校医 <input type="checkbox"/> 学校歯科医 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師
	氏 名 年 月 日生	上記職名としての経験年数 年 箇月
	死亡年月日 年 月 日	年金証書の番号 証第 号
	死亡時の障害等級 第 級 号	既存の障害とその程度
2 障害補償年金差額一時金請求金額の計算等	受給権者の氏名	
	支給された年金額の合計 (A) 円	
	支給された前払一時金の額 (B) 円	
	受給権者との続柄又は関係	支給された年金及び前払一時金の額の合計 (A + B) 円
(補償基礎額) (倍数) (A + B) (受給権者の数) { 円 × - 円 } × 1 / = 円		
3 障害補償年金差額一時金請求金額	円	
4 添付する書類その他の資料の名称		

5 補償基礎額の算定	
経験年数	年
基礎額	円 (a)
扶養親族	人 (扶養親族の続柄及び年齢:)
加算額	円 (b)
基礎額 (a) + 加算額 (b)	円 [ただし補償限度額 円]
補償基礎額	円
※6 所属 校長の証明	(受給権者)に係る補償基礎額については、上記のとおりであることを証明します。
	年 月 日 所属学校 所属校長 印

- 注1 ※印の欄は、記入しないでください。該当する口には、レ印を記入してください。
- 2 「1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項」の欄の「既存の障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入し、既存の障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記してください。
 - 3 「2 障害補償年金差額一時金請求金額の計算等」の欄の「受給権者との続柄又は関係」の欄には、その者が請求者であるときは「請」、その者が死亡した受給権者と生計を同じくしていた者であるときは「生」と、併せて記入してください。また、「倍数」には、障害等級に応じる公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令（以下「政令」という。）附則第1条の2第1項の表に掲げる補償基礎額に乗じるべき数を記入してください。
 - 4 「5 補償基礎額の算定」の欄の「基礎額」は、政令別表に掲げる基礎額を記入してください。
 - 5 この請求書には、次に掲げる書類を添付してください。ただし、この請求書の提出前に、他の補償の請求に関し、既に提出されているものは、添付する必要はありません。
 - (1) 受給権者の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他その者の死亡の事実を証明する書類又はその写し
 - (2) 請求者と死亡した受給権者との続柄又は関係に関する市町村長又は区長の発行する証明書
 - (3) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
 - (4) 請求者が受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹であるときは、その事実を認めることのできる書類
 - (5) 請求者が配偶者以外の者であるときは、他に先順位者がいないことを証明する書類
 - (6) 請求者が、死亡した受給権者の遺言又はその京都市教育委員会に対する予告により特に指定された者であるときは、これを証明する書類

第12号様式（第3条関係）

障害補償年金前払一時金請求書

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年 月 日	
請求者の住所		請求者の氏名 ㊟	

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第3条の規定により，次の障害補償年金前払一時金を請求します。					
1 学校医等に関する事項	所属学校		職 名 <input type="checkbox"/> 学校医 <input type="checkbox"/> 学校歯科医 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師		
	氏 名 年 月 日生 (歳)		上記職名としての経験年数 年 箇月		
	負傷又は発病の年月日		年 月 日		
	扶養親族の人数及び内訳		人 (内訳は以下のとおり)		
	氏 名	生年月日	住 所	学校医等との続柄	備 考
		・ ・			
	・ ・				
	・ ・				
	・ ・				
	・ ・				
2 障 害 等 級	第		級	号	
3 既存の障害とその程度					
4 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日				
5 年金証書の番号	証 第		号		
6 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額	年 月分から 年 月分まで		円		
7 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等	<input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額		(1) 限度額を選択した場合 (補償基礎額) (倍数) 円 × = 円		
	補償基礎額の <input type="checkbox"/> 1,200倍 <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍 に相当する額		(2) 限度額以外を選択した場合 (補償基礎額) (左記の倍数) 円 × 倍 = 円		
	請求金額		円		

8 添付する書類その他の資料の名称	
9 補償基礎額の算定 経験年数 年 基礎額 円 (a) 扶養親族 人 (扶養親族の続柄及び年齢：) 加算額 円 (b) 基礎額 (a) + 加算額 (b) 円 [ただし補償限度額 円] 補償基礎額 円	
※10 所属校長 の証明	(学校医等の氏名)に係る補償基礎額については、上記のとおりであることを証明 します。 年 月 日 所属学校 所属校長 印

注1 該当する□には、レ印をしてください。

- 2 「3 既存の障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入し、既存の障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記してください。
- 3 「6 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額」の欄は、障害補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合には記入しないでください。
- 4 「9 補償基礎額の算定」の欄の「基礎額」は、政令別表に掲げる基礎額を記入してください。

遺族補償年金前払一時金請求書

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年 月 日	
請求者の住所	請求者の氏名	印	学校医等との続柄

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第3条の規定により，次の遺族補償年金前払一時金を請求します。					
1 学校 医等に関 する事項	所属学校		職 名 <input type="checkbox"/> 学校医 <input type="checkbox"/> 学校歯科医 <input type="checkbox"/> 学校薬剤師		
	氏 名 年 月 日生 (歳)		上記職名としての経験年数 年 箇月		
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		死亡年月日 年 月 日		
	扶養親族の人数及び内訳 人 (内訳は以下のとおり)				
	氏 名	生年月日	住 所	学校医等 との続柄	備 考
		・ ・			
	・ ・				
	・ ・				
	・ ・				
	・ ・				
2 遺族補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日		年 月 日			
3 年金証書の番号		証 第 号			
4 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額		年 月分から 年 月分まで 円			
5 代表者の選任等		<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合			
6 請求者（代表者）が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等		補償基礎額の <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍 に相当する額	(1) 請求額 (補償基礎額) (倍数) (受給権者の数) 円 × × 1 / = 円		
			(2) 請求額の合計額 ((1)の請求額) (受給権者の数) 円 × 人分 = 円		
7 添付する書類その他の資料の名称					

<p>8 補償基礎額の算定</p> <p>経験年数 年</p> <p>基礎額 円 (a)</p> <p>扶養親族 人 (扶養親族の続柄及び年齢:)</p> <p>加算額 円 (b)</p> <p>基礎額 (a) + 加算額 (b) 円 [ただし補償限度額 円]</p> <p>補償基礎額 円</p>	
<p>※9 所属 校長の証明</p>	<p>(学校医等の氏名)</p> <p>.....に係る補償基礎額については、上記のとおりであることを証明 します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属学校 所属校長 印</p>

注1 該当する□には、レ印をしてください。

- 2 「4 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額」の欄は、遺族補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は記入しないでください。
- 3 「6 請求者（代表者）が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等」の欄の「倍数」には、公立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令（以下「政令」という。）附則第2条第2項に規定する補償基礎額に乗じるべき数を記入してください。
- 4 「8 補償基礎額の算定」の欄の「基礎額」は、政令別表に掲げる基礎額を記入してください。
- 5 この請求書には、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の請求者の同意書等その者が代表者であることを認めることができる書類，代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類を添付してください。

第14号様式（第7条関係）

証 第 号
学校医，学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償年金証書
受給権者の氏名 _____
_____ 年 月 日生
補償の種類 _____
支給開始年月 _____ 年 月
京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例の規定により上記のとおり支給します。
年 月 日
京都市教育委員会 印

- 注1 この証書は、京都市立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例（以下「条例」という。）によって傷病補償年金、障害補償年金又は遺族補償年金の支給を受ける権利を有することを証明する書類ですから、大切に保管してください。
- 2 この補償は、毎年2月、4月、6月、8月、10月及び12月にそれぞれの前月までの分を支払います。
- 3 次のいずれかに該当することとなったときは、速やかにその事実を証明する書類を添えてその旨を京都市教育委員会に届け出るとともに、併せてこの証書を提出してください。
- (1) 氏名又は住所を変更したとき。
- (2) この年金と同一の事由によって公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令附則第3条の表の中欄に掲げる年金の支給を受けることとなったとき、その額が変更されたとき、又はその支給を受けられなくなったとき。
- (3) 傷病補償年金又は障害補償年金については、その障害の等級に変更があったとき。
- (4) 遺族補償年金については、その算定の基礎となる遺族の数に増減を生じたとき、又は受給権者が妻で、他に遺族補償年金を受けることができる遺族がない場合に次のいずれかに該当したとき。
- ア その妻が、障害等級第7級以上に該当する障害の状態にある場合を除き、55歳に達したとき。
- イ その妻が55歳以上である場合を除き、障害等級第7級以上に該当する障害の状態になり、又はその状態でなくなったとき。
- 4 この補償を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供することはできません。また、差押えを受けることもありません。
- 5 この証書を亡失し、又は損傷したときは、再交付を京都市教育委員会に申請してください。また、証書の記載事項に変更を生じた場合は、この証書と引換えに新しい証書を交付します。
- 6 あらかじめ京都市教育委員会からその必要がないと通知された場合を除き、毎年2月1日から同月末日までの間に、京都市教育委員会に対し身体障害又は遺族の現状に関する報告書を提出してください。

7 この年金を受ける権利を失った場合は、この証書を京都市教育委員会に返還してください。年金を受ける権利を失う場合は、次のいずれかに該当したときです。

(1) 傷病補償年金の場合

- ア 受給権者が死亡したとき。
- イ 障害の等級に該当しなくなったとき。
- ウ 負傷又は疾病が治ったとき。

(2) 障害補償年金の場合

- ア 受給権者が死亡したとき。
- イ 障害の等級第1級から第7級までに該当しなくなったとき。

(3) 遺族補償年金の場合

- ア 受給権者が死亡したとき。
- イ 受給権者が婚姻（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。）をしたとき。
- ウ 直系血族又は直系姻族以外の者の養子（届出をしていないが、事実上養子縁組関係と同様の事情にある者を含む。）となったとき。
- エ 離縁によって死亡した学校医等との親族関係が終了したとき。
- オ 受給権者が死亡した学校医等の子、孫又は兄弟姉妹であるときは、その者が18歳に達したとき（その者が学校医等の死亡の当時から引き続き障害等級第7級以上に該当する障害の状態にある場合を除く。）。
- カ 障害等級第7級以上に該当する障害の状態にあることにより受給権者となっている者がその状態でなくなったとき。

第15号様式（第10条関係）

障害の現状報告書（傷病補償年金関係）

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年	月 日
報告者の住所	報告者の氏名		(印)

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第10条の規定により，次のとおり障害の現状を報告します。				
1	年金証書の番号	証 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 号	
4	傷 病 の 状 況			
5	日 常 生 活 の 概 要			
6	厚生年金保険等の受給関係	当該傷病に関して支給されている年金の種類	支給されている年金の額 円	支給されることとなった年月 年 月
			年金証書の記号番号 第 号	所轄年金事務所等
7	添付する書類その他の資料名			

	(1)傷病の種類	
	(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	
※ 8 医 師 の 証 明	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 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <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 <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <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 <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <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 <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <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 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じあうことができる <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)の傷病及び障害については、上記のとおりであり、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日	
	医療機関 { 所在地 名 称 医師の氏名	
	印	

- 注 1 この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出してください。
- 2 ※印の欄は、記入しないでください。該当する□には、レ印を記入してください。
- 3 「4 傷病の状況」の欄には、最近1年間の状況について記入してください。
- 4 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間の概要について記入してください。
- 5 「当該傷病に関して支給されている年金の種類」の欄には、公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令附則第3条の表の中欄に掲げる年金のうち、該当するものを記入してください。

第16号様式（第11条関係）

障害の現状報告書（障害補償年金関係）

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年 月 日	
報告者の住所		報告者の氏名	
		(印)	

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第11条の規定により，次のとおり障害の現状を報告します。			
1 年金証書の番号		証 第 号	
2 治 癒 年 月 日		年 月 日	
3 障 害 等 級		第 級 号	
4 障 害 の 状 況			
5 日 常 生 活 の 概 要			
6 厚生年金保険等の受給関係	当該障害に関して支給されている年金の種類	支給されている年金の額	支給されることとなった年月
		円	年 月
		年金証書の記号番号	所轄年金事務所等
		第 号	
7 添付する書類その他の資料名			

※ 8 医 師 の 証 明	(1)障害の種類	
	(2)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 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <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 <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <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 <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <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 <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <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 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じあうことができる <input type="checkbox"/> 支障がない	
	理由	
(4)障害の今後の見込み		
(報告者の氏名)		
.....の障害については、上記のとおりであり、事実と相違ないことを証明します。		
年 月 日		
医療機関 { 所在地 名称 医師の氏名		
印		

- 注1 この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出してください。
- 2 ※印の欄は、記入しないでください。該当する□に、レ印を記入してください。
- 3 「4 障害の状況」の欄には、最近1年間の状況について記入してください。
- 4 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間の概要について記入してください。
- 5 「当該障害に関して支給されている年金の種類」の欄には、公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令附則第3条の表の中欄に掲げる年金のうち、該当するものを記入してください。

第17号様式（第11条関係）

遺族の現状報告書

		認定番号	
(宛て先) 京都市教育委員会		年 月 日	
報告者(代表者)の住所	報告者(代表者)の氏名	年金証書の番号	
		証第 号	

京都市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第11条の規定により，次のとおり遺族の現状を報告します。					
1 死亡学校医等について	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日生			
	死亡年月日	年 月 日			
2 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けられることができる遺族	氏 名	生年月日	住 所	死亡学校医等との続柄	障害の有無
		・ ・			有・無
		・ ・			有・無
		・ ・			有・無
		・ ・			有・無
		・ ・			有・無
3 厚生年金保険等の受給関係	当該死亡に関して支給されている年金の種類	支給されている年金の額	支給されることとなった年月		
		円	年 月		
		年金証書の記号番号	所轄年金事務所等		
		第 号			
4 添付する書類その他の資料の名称					

注1 該当する□には、レ印を記入してください。

2 受給権者が2人以上ある場合で、そのうち1人を代表者として選任し、その者が当該遺族補償年金の支給を代表して受けているときは、その代表者が代表してこの報告書を提出してください。

3 「当該死亡に関して支給されている年金の種類」の欄には、公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令附則第3条の表の中欄に掲げる年金のうち、該当するものを記入してください。

4 この報告書には、次に掲げる書類を添付してください。

(1) 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の氏名及び死亡学校医等との続柄に関する市町村長又は区長の発行する証明書

(2) 受給権者が妻で、他に遺族補償年金を受けることができる遺族がない場合において、その者が障害等級第7級以上に該当する障害の状態にあるとき並びに受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族のうち、障害等級第7級に該当する障害の状態にあることにより遺族補償年金を受けることができる者があるときは、その状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類又は資料

(3) 受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族については、その事実を認めることができる書類

(教育委員会事務局総務部教職員給与課)