

新規採用等学校事務担当職員研修会

～ 公 務 災 害 に つ い て ～

- 1 公務災害認定請求書・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 ～ 2
- 2 現認書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 3 事実証明書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 4 見取図・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 5 治ゆ報告書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- 6 認定請求チェックシート・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
- 7 認定請求書の添付資料一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8



公務災害認定請求書

|                                      |  |   |  |
|--------------------------------------|--|---|--|
| 地方公務員災害補償基金青森県支部長.....様              |  | 請求年月日 令和〇〇年 12 月 6 日  |  |
| 下記の災害については、公務により生じたものであることの認定を請求します。 |  | 請求者の住所.....〇〇市〇〇二丁目1.1.....<br>.....<br>氏 名 ふりがな 氏 名 あおもり たろう 青森 太郎<br>被災職員との続柄.....本人..... |  |
| 所属団体名<br>青森県教育委員会                    |  | 所属部局・課・係名（電話 9999-99-9999 ）<br>〇〇〇立〇〇〇〇学校   |  |
| 1<br>被災職員に関する事項                      | 共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 〇〇〇〇 第 〇〇〇〇 号  |   |  |
|                                      | ふりがな 氏 名 あおもり たろう 青森 太郎 平成〇〇年 12 月 8 日生（ 31 歳）<br><input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |   |  |
|                                      | 職 名 教諭 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員                                     |   |  |
|                                      | 災害発生の日時 令和 〇〇 年 12 月 3 日（ 水 曜日）午 前 11 時 50 分ごろ 後   |   |  |
|                                      | 災害発生の場所 〇〇市立病院第3病棟階段   |   |  |
|                                      | 傷 病 名 左アキレス腱断裂   |   |  |
|                                      | 傷病の部位及びその程度 左足首 入院1か月  |   |  |

年齢は災害発生日現在の年齢を記入してください。

|       |          |       |   |
|-------|----------|-------|---|
| * 受 理 | 令和 年 月 日 | * 認 定 | 令和 年 月 日  |
| * 通 知 | 令和 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 公 務 上 <input type="checkbox"/> 公 務 外 |

[注意事項]

- 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 「職名」の欄には、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 「2 災害発生の状況」又は「\*5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、本欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。
- 「\*3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱い等は、地方公務員災害補償基金に相談すること。
- 「\*5 任命権者の意見」の欄には、下記の16種類の区分番号を記入すること。  
01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師、助産師 04 その他の医療技術者  
05 保育士・児童自立支援専門員・寄宿舎指導員等 06 船員  
07 タイピスト・キーパンチャー 08 電話交換手 09 調理員 10 道路補修員  
11 特別支援学校教員 12 特別支援学校教員以外の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員  
15 清掃業務員 16 その他の職員

重傷等のため被災職員が直接記入できない事情がある場合を除き原則として被災職員が直接記入してください。記入はわかりやすく具体的にしてください。

|  |  |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|--|--|-----------|---|-----|-----------|--|----|---------|--|--------|----------|
| 2<br><br>災<br><br>害<br><br>発<br><br>生<br><br>の<br><br>状<br><br>況 | 私は、12月3日午前11時50分頃、給食室から約10メートル離れている食堂の   |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  | 配膳棚に昼食用の食器を運び終え再び給食室へ戻るため階段を降りようとしたとき、   |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  | よそ見をしていて足を踏みはずし転落した。   |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  | その際、左足首に激痛を感じ、後ろにいた看護師の弘前花子さんの手助けにより   |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  | 外科治療室に運ばれ、診察を受けたところ、別紙診断書のとおり負傷していました。   |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  |  |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  |  |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  |  |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  |  |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  |  |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  |  |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  |  |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  |  |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  |  |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  |  |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  |  |           | 十分事実を調査し証明してください。<br>なお、災害発生状況に補足又は誤りがあるときは、別紙に「所属長の意見」を記載してください。 |     |           |  |    |         |  |        |          |
| *3<br>所属部長の証明  | 1及び2については、上記の通りであることを証明します。<br>令和〇〇年 12 月 10 日<br>所属部局の <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding-left: 10px;">所在地</td> <td>〇〇市〇〇町1-1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>名称</td> <td>〇〇立〇〇学校</td> </tr> <tr> <td></td> <td>長の職・氏名</td> <td>校長 甲野 乙夫</td> </tr> </table>  |           | {   | 所在地 | 〇〇市〇〇町1-1 |  | 名称 | 〇〇立〇〇学校 |  | 長の職・氏名 | 校長 甲野 乙夫 |
| {  | 所在地  | 〇〇市〇〇町1-1 |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  | 名称   | 〇〇立〇〇学校   |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
|  | 長の職・氏名   | 校長 甲野 乙夫  |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
| 4 添付する資料名  | <input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input checked="" 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<br><input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程<br><input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <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<br><input type="checkbox"/> その他 |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |
| *<br>5 任命権者の意見   | <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>令和      年      月      日</span> <span>任命権者の職・氏名</span> </div>   |           |   |     |           |  |    |         |  |        |          |

被災の状況を現認した者が記入するものです。目撃者がいない場合は現認書に代えて事実証明書を提出してください。

現 認 書

(地方公務員災害補償)

令和〇〇年 12 月 5 日

地方公務員災害補償基金青森県支部長 殿

現認者 所 属

(住所) 〇〇市立病院看護課

職・氏名 技師 弘前 花子



下記被災職員に関する災害発生を下記のとおり現認したので報告します。

記

- 被災職員氏名 青森 太郎
- 災害発生日時 令和〇〇年 12 月 3 日 午前・午後 11 時 50 分ごろ
- 災害発生場所 〇〇市立病院第 3 病棟階段
- 災害発生状況 (具体的に)

上記災害発生日時ごろ第 3 病棟前階段をかけおりていた青森太郎さんが足を踏みはずし転落したのを現認し、ただちに外科治療室へ連れていきました。

青森太郎さんは、左足首に激痛があったようで、私の右肩にしがみついていた。

現認した事実をありのままに、かつ具体的に記入してください。

5 その他

6 現認者のそのときの業務 (状況)

青森太郎さんのすぐ後ろを歩いていて事故を目撃しました。

現認者がいない場合に  
提出してください。

## 事 実 証 明 書

(地方公務員災害補償)

令和〇〇年 12 月 15 日

地方公務員災害補償基金青森県支部長 殿

所属長（上司）が調査確認のうえ  
証明してください。

所 属 〇〇市〇〇課

所属長職・氏名 課長 甲野 乙夫

甲  
野

下記被災職員に関する災害について、調査したところ下記のとおり災害発生の実を確認した  
ので報告します。

私印でもよい。

### 記

- 被災職員氏名 八戸 二郎
- 災害発生日時 令和 〇〇 年 11 月 30 日 午前・午後 8 時 5 分ごろ
- 災害発生場所 〇〇市〇〇町国道4号線上

#### 4 災害発生状況（具体的に）

- 午前8時25分ごろ八戸二郎から当課庶務係長に、出勤途上、後続車に追突され負傷した旨の連絡があった。直ちに庶務係長を現場に派遣し事後処理を命じた。
- 庶務係長の報告によると、被災職員の自家用車は現場の道路脇に後部破損のまま置かれており、加害者乙山丙一も被災職員の申立ての事実を認めている。
- 負傷の程度は、全治約3週間の頸椎捻挫であり、事故前に頸椎を痛めていた事実はなく、本件事故に起因する負傷である。

①災害発生状況はどうであったか、②どのように災害発生を知ったか、  
③上司としてどのような指示をしたのかなど、災害発生状況や事実関係が  
十分にわかるように記載してください。

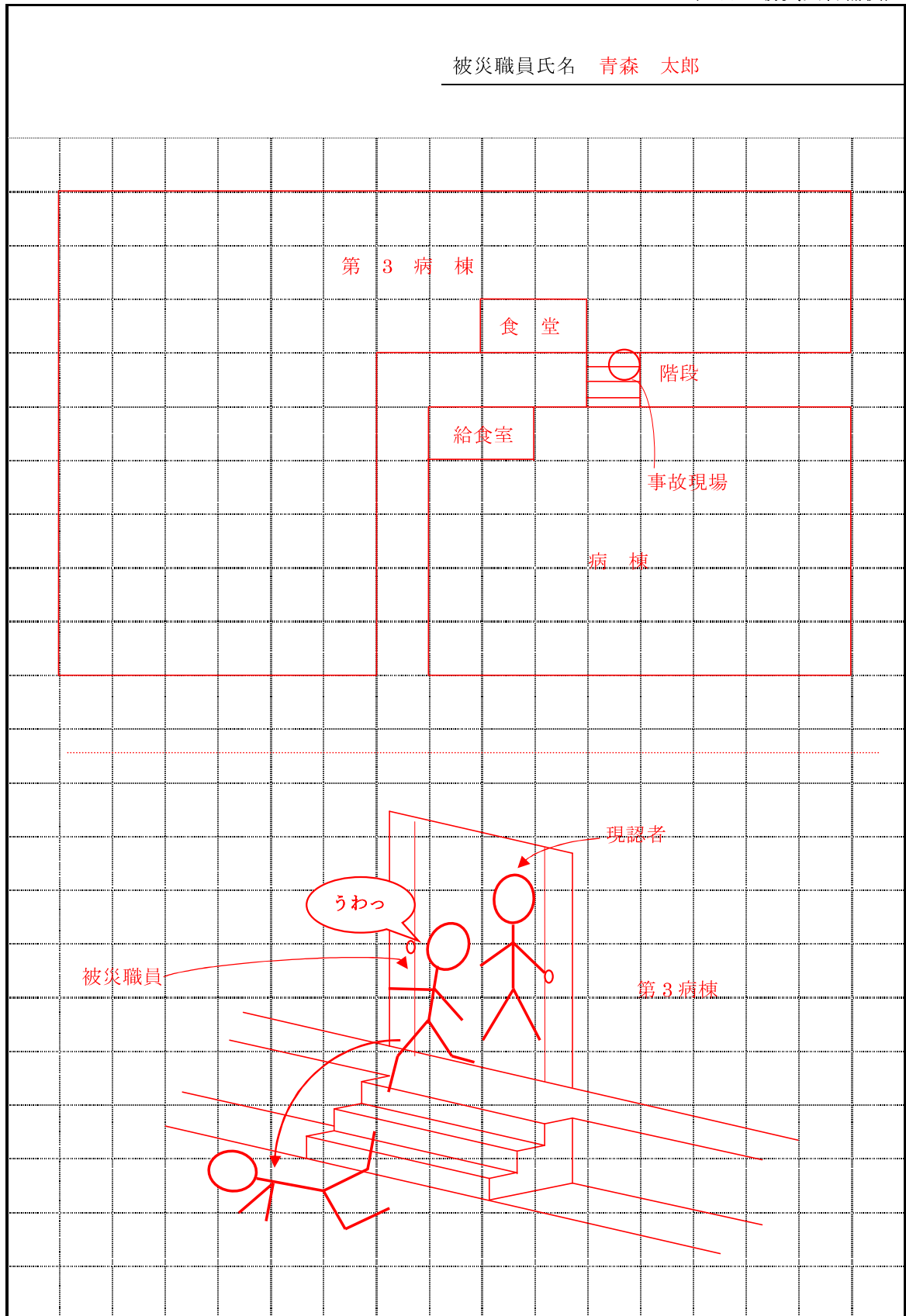
#### 5 その他

通勤方法（自家用車）及び通勤経路は、通勤届であらかじめ届出済みのものである。

# 見 取 図

(地方公務員災害補償)

被災職員氏名 青森 太郎


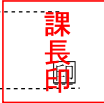


※災害発生の状況を具体的に図示し、適宜説明を加えてください。

公務災害

通勤災害

## 治 ゆ 報 告 書

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 認定番号                           | 〇〇－〇〇〇〇〇〇  |
| 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日                 |  |
| 地方公務員災害補償基金青森県支部長 殿            |  |
| 所属団体部局                         | 〇〇市〇〇課庶務係  |
| 被災職員職・氏名                       | 主事 八戸 二郎                                    |
| 下記の傷病については治ゆ（症状固定）しましたので報告します。 |  |
| 災 害 発 生 年 月 日                  | 令和 〇〇 年 11 月 30 日  |
| 認 定 傷 病 名                      | 頸椎捻挫   |
| 治 ゆ（症 状 固 定）年 月 日              | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日  |
| 最 終 通 院 日                      | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日  |
| 最後に診療を受けた医療機関名                 | 〇〇病院   |
| 障 害 の 有 無                      | 有 ・ 無 <br>(有りの場合の症状； )                      |
| 所 属 長 確 認                      | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日<br>職 〇 〇 課<br>氏名 課長 甲野 乙夫  |

(注意)

- この報告書は、主治医の診断に基づいて、認定傷病が全て治ゆ（症状固定）したときに所属機関を経由して支部長あてに速やかに提出してください。
  - 「治ゆ」とは、完全治ゆのみではなく、症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった状態を含みます。
  - 障害が有る場合の症状は、傷病が治ゆ（症状固定）したときに、地方公務員災害補償法別表に定める程度の障害があると主治医に診断された場合のみ記入してください。
- ※ 地方公務員災害補償法別表に定める程度の障害が残存する場合は、「残存障害診断書」を添付のうえ、障害補償の請求をしていただくことになります。



認定請求チェックシート

事務担当者は、認定請求書を基金支前に提出する前に、次の事項について改めて点検・確認してください。

認定請求チェックシート

(公務(通勤)災害認定請求書)

1 被災者に関する事項

- ☐ 請求者は、災害発生から速やかに請求書を提出している。
- ☐ 認定請求書の記載欄及び押印の漏れはない。
- ☐ 傷病名は、診断書に記載された全ての傷病名を記入しており、確定した傷病名となっている。(「～の疑い」等の傷病名は認められない。)

2 災害発生状況

- ☐ 災害発生状況を詳しく記載している。
- (私は)
- ① 誰が (C月○E午前(後)○時○○分頃)
  - ② いつ (○○市○○町○○番地において)
  - ③ どこで (○○するため)
  - ④ 何のために (同僚(上司)の○○さんと)
  - ⑤ 誰と (○○を○○していたところ)
  - ⑥ 何をしていたとき (足が滑り)
  - ⑦ どうして (転倒し、足首を捻り痛いの)
  - ⑧ どうなったので (同僚の○○さんと、○○病院へ行き、治療を受けました)
  - ⑨ どうしたか

3 所属部署の長の証明

- ☐ 災害発生状況や添付書類及び事実関係を十分に調査したうえで証明した。
- ☐ 証明年月日は、請求年月日以後となっている。

4 添付する資料名

- ☐ 事務処理の手引PI6～17に記載されたものを添付している。

5 任命権者の意見

- ☐ 災害発生状況や添付書類及び事実関係を十分に調査し、公務災害の認定基準を踏まえた意見となっている。
- ① 公務災害の認定基準(「補償実施の手引」(地方公務員災害補償基金発行)参照)
- ② 通勤災害の認定基準(「補償実施の手引」(地方公務員災害補償基金発行)参照)
- ☐ 意見年月日は、証明年月日以後となっている。

(現認書)

- ☐ 災害発生状況を現認した者(職員に限らない。)が、実際に現認した事実をありのままに、かつ具体的に記載している。

- (私は)
- ① 誰が (○○している)
  - ② 何のため (○○で)
  - ③ いつ・どこで (被災職員の○○さんが○○し)
  - ④ 誰がどうした (○○であるのを見ました)
  - ⑤ どうなったか (○○病院へ連れて行きました)

※1 「音を聞いて振り向いたら被災職員が倒れていた。」等は「現認」に当たりませんので注意してください。

※2 現認者がいない場合は現認書に代えて「事実証明書」を提出してください。

(見取図)

1 公務災害

- ☐ 災害発生状況を具体的に適宜な表示により図示し、適宜説明を加えている。  
(誰でもよく理解できるように記載されている。)
- ☐ 被災職員と現認者の位置関係が記入されている。

2 通勤災害

- ☐ 通勤災害用の見取図により、事故発生の状況を分かりやすく記載している。

(出勤簿・事務分掌・勤務時間に関する規程等)

- ☐ 被災職員に関係する部分をマーカー等により分かりやすくチェックしている。

認定請求書の添付書類

| 添付書類<br>区分 | 公務災害            |                              |     |       |             |            |
|------------|-----------------|------------------------------|-----|-------|-------------|------------|
|            | 診断書「原本」         | 現認書「<br>現認者がいない場合<br>は事実証明書」 | 見取図 | 出勤簿の写 | 出張（外勤）命令簿の写 | 宿日直勤務命令簿の写 |
| 公務災害       | (1) 勤務時間中       | ○                            | ○   | ○     |             |            |
|            | (2) 時間外（休日）勤務   | ○                            | ○   | ○     |             | ○          |
|            | (3) 宿日直勤務中      | ○                            | ○   | ○     |             | ○          |
|            | (4) 出勤又は送迎      | ○                            | ○   | ○     |             | △          |
|            | (5) 出張（外勤）中     | ○                            | ○   | ○     | ○           |            |
|            | (6) レクリエーション参加中 | ○                            | ○   | ○     |             |            |
|            | (7) 訓練中         | ○                            | ○   | ○     | △           |            |
| 疾病の場合      | (1) 一般疾病        | ○                            | ○   | ○     |             | △          |
|            | (2) 脳・心臓疾患      | ○                            | ○   | ○     | △           | △          |
|            | (3) 精神疾患        | ○                            | ○   | ○     |             | △          |
|            | (4) 腰痛症         | ○                            | ○   | ○     |             |            |
|            | (5) 結核          | ○                            | ○   | ○     |             |            |
|            | (6) 針刺し         | ○                            | ○   | ○     |             |            |
| 通勤災害       |                 | ○                            | ○   | ○     |             | △          |

(注1) △は、出張（外勤）、宿日直勤務、時間外（休日）勤務又は交代制の勤務体系に移当する場合、該当する項目について提出すること。  
(注2) 上記のほか、認定上必要と認められる資料を提出してもらった場合があります。

| 経路図 | 通勤居の写 | 事務分掌 | 勤務時間に関する規程等 | 勤務割表 | 既往病歴報告書 | 健康診断記録簿の写 | その他  |
|-----|-------|------|-------------|------|---------|-----------|--|
|     |       | ○    | ○           | △    |         |           | 教員のクラブ活動に係る事業については、年間訓練計画書、当日のクラブ活動承認書、クラブ顧問一覧表等 |
|     |       | ○    |             |      |         |           |  |
|     |       |      |             |      |         |           |  |
| ○   | ○     | ○    | ○           | △    |         |           |  |
| ○   |       | ○    |             |      |         |           | 被災当日の行動表   |
|     |       |      |             |      |         |           | 実施計画書、実施決定書（原簿）の写、参加者名簿等                         |
|     |       |      |             |      |         |           | 訓練実施年間計画書、実施要領・実施承認書等                            |
|     |       | ○    | ○           | △    | ○       | ○         |  |
|     |       | ○    | ○           | △    | ○       | ○         | 心・血管疾患及び脳血管疾患の認定調査票                              |
|     |       | ○    | ○           | △    | ○       | ○         | 精神疾患等の公務起因性判断のための調査要領                            |
|     |       | ○    | ○           | △    | ○       | ○         | 腰痛事業の調査報告書                                       |
|     |       | ○    | ○           | △    | ○       | ○         | 結核事業の調査報告書                                       |
|     |       | ○    | ○           | △    | ○       |           | 被災腫瘍及び感染原患者の血液検査結果                               |
| ○   | ○     |      | ○           |      |         |           |  |

各様式は、青森県支部のホームページからダウンロードできます。  
[http://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/soumu/jinji/ssaihanosyou\\_youshukikisai.html](http://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/soumu/jinji/ssaihanosyou_youshukikisai.html)