**事実証明書**

**（地方公務員災害補償）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  地方公務員災害補償基金青森県支部長　殿 | | | | |
|  | | 所属 |  | |
|  | | 所属長職・氏名 |  |  |
| 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事実を確認したので報告します。  記 | | | | |
| 1. 被災職員氏名 |  | | | |
| 1. 災害発生日時 | 年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分ごろ | | | |
| 1. 災害発生場所 |  | | | |
| 1. 災害発生状況（具体的に） | | | | |
| 1. その他 | | | | |