

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的事实を確認したので報告します。

私印でもよい。

記

1 被災職員氏名 八戸 二郎

2 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

3 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）

1 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。

2 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。

3 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災害発生の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、災害発生の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。