|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 認定  番号 | | |  | |
| 地方公務員災害補償基金　岩手県支部長　様  　　　障害の現状について下記のとおり報告します。    　　　　令和　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |
|  | | | | 報告者の住所 | | | |  | | |
|  | | |
| ふ　　り　　が　　な  氏名 | | | |  | | |
|  | | |
| １　年金証書の番号 | | | 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 | | | | | | | | | | |
| ４　障害の状況 | | | | | | | | | | |
| ５　日常生活の概要 | | | | | | | | | | |
| ６　他法年金の受給関係 | | | | | | | | | | |
| 年金の種類 | 年金の年額 | 年金証書の  記号番号 | | | | | 支給開始  年月 | | | 所轄年金  事務所等 |
|  |  |  | | | | |  | | |  |
|  |  |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | ＊□支給　　　　□支給停止（免責） | | | | | |

様式39号

障害の現状報告書（傷病補償年金）

〔注意事項〕

１　　この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。

２　　報告者は、＊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。

３　　「４　障害の状況」の欄には、最近１年間について記入すること。

４　　「５　日常生活の概要」の欄には、最近１年間について記入すること。また、この間に、所属団体を退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。

５　　「年金の種類」の欄には、受給権者が傷病補償年金と同一の事由により受給する令附則第３条第１項の表の中欄に掲げる年金たる給付の名称を記入すること。

６　　年月日の記載には元号を用いる。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊７　医　師　の　証　明 | | | |
| (1)　傷病の種類（傷病名・傷病の部位等） | | | |
| (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   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 介護補償を受けている者にあっては、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 | □終日臥床  □自宅、病棟内でのみ行動できる  □通院（単独歩行）できる | ｛ | 理由 | ｝ | | ②　食　　　事 | □全く自用を弁じない  □他人の介助によってできる  □支障がない | ｛ | 理由 | ｝ | | ③　用　　　便 | □全く自用を弁じない  □他人の介助によってできる  □支障がない | ｛ | 理由 | ｝ | | ④　精神能力 | □常に他人の厳重な注意を要する  □随時他人の注意を要する  □通院可能であるが就労できない | ｛ | 理由 | ｝ | | ⑤　言語能力 | □完全な失語であるいは構音機能の喪失  □他人との間でようやく意思を通じあうことができる  □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） | | については上記のとおりであると認めます。 |
|  | | 令和　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 医療機関の | ｛ | 所在地  名称  医師の氏名 |