別記様式第二号（第二条関係）

傷病給付年金請求書

1号紙

（給付を行う者の官職氏名） 法務大臣＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿 下記により傷病給付年金の支給の決定を請求します。	請求年月日：　　年　　月　　日 請求者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

1. 給付の要件		
1.1 関係刑事事件	被疑者・被告人	住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢
	事　件　名	
	関係裁判所・裁判官・捜査機関	
1.2 関係証人・参考人・国選弁護人		住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢
1.3 被害者の証人・参考人・国選弁護人との続柄・関係		
1.4 原因たる被害の内容	日　時	
	場　所	
	加害者	
	原　因	
	傷病の種別・部位・程度	
1.5 法4条関係	加害者と証人・参考人・国選弁護人との親族関係	有（　　）・無
	加害者と被害者との親族関係	有（　　）・無
	※　2号該当	有（　　）・無
	※　3号該当	有（　　）・無

（日本工業規格A列4番）

2. 療養開始年月日	年　　月　　日
3. 療養給付の有無	有（　　）・無
4. 傷　病	
4.1 傷病名	
4.2 傷病の部位	
4.3 傷病状況	（　　級　　号該当）

4.4 （医師の意見）
請求者の傷病については，4.1 から4.3 までに記載したとおりであると認めます。

年　　月　　日

病院又は診療所の　所在地
　　名　　称
　　医師氏名　　㊞

5. 令4条3項・4項該当者（4項該当者は続柄を○で囲む。）	氏　　名	続柄	生年月日	(4)		
	(1)			(5)		
	(2)			(6)		
	(3)			(7)		

6. 通常得ている収入	1日　　円（　　）
7. 請求金額	×　　＝　　円
8. 既存障害の部位及びその程度	
9. 他の法令による給付を受けたことの有無	有（　　）・無
10. 損害賠償を受けたことの有無	有（　　）・無

※11. 給付決定の内容	（　　年　　月　　日決定）		
11.1 給付基礎額	円	11.3 支給年金額	円
11.2 傷病等級	級　　号		

（記入上の注意）
1　請求者は，※印の欄には記入しないでください。
2　「4.傷病」の欄は，医師から記入を受けてください（記載欄が不足するときは，適宜別紙に記載して添付してください。なお，傷病が外部から明らかに認められないときは，レントゲンフィルム又は写真を添付してください。）。

（日本工業規格A列4番）