別記様式第三号（第二条関係）

障害給付年金請求書

1号紙

（給付を行う者の官職氏名） 法務大臣＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿 下記により障害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. 療養給付の有無	有 （ ） ・ 無
3. 障　害	
3.1 傷病名	
3.2 傷病の部位	
3.3 治ゆ年月日	
3.4 障害状況	（ 級 号該当）

3.5 （医師の意見）
請求者の障害については，3.1 から3.4 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 ㊞

4. 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)		
5. 通常得ている収入	1日 円（ ）					
6. 請求金額	× ＝ 円					
7. 同一部位についての従前の障害	有 （ ） ・ 無					
8. 他の法令による給付を受けたことの有無	有 （ ） ・ 無					
9. 損害賠償を受けたことの有無	有 （ ） ・ 無					

※10. 給付決定の内容	（ 年 月 日決定）		
10.1 給付基礎額	円	10.3 支給年金額	円
10.2 障害等級	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 「3.障害」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，障害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）