別記様式第三号（第二条関係）（平８法省令61・全改、令元法省令18・一部改正）

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	

（日本産業規格Ａ列４番）

<table>
<tr><td>2.　療養給付の有無</td><td colspan="6">有（　　）・無</td></tr>
<tr><td>3.　障　害</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>3.1 傷　病　名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>3.2 傷病の部位</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>3.3 治ゆ年月日</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>3.4 障害状況</td><td colspan="6">（　　級　　号該当）</td></tr>
<tr><td colspan="7">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　　所在地
病院又は診療所の　名　称
医師氏名　　㊞</td></tr>
<tr><td rowspan="4">4.　令4条3項・4項該当者（4項該当者は続柄を○で囲む。）</td><td>氏　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td>(4)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>(1)</td><td></td><td></td><td>(5)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>(2)</td><td></td><td></td><td>(6)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>(3)</td><td></td><td></td><td>(7)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5.　通常得ている収入</td><td colspan="6">1日　　円（　　）</td></tr>
<tr><td>6.　請求金額</td><td colspan="6">×　　＝　　円</td></tr>
<tr><td>7.　同一部位についての従前の障害</td><td colspan="6">有（　　）・無</td></tr>
<tr><td>8.　他の法令による給付を受けたことの有無</td><td colspan="6">有（　　）・無</td></tr>
<tr><td>9.　損害賠償を受けたことの有無</td><td colspan="6">有（　　）・無</td></tr>
<tr><td colspan="7">※10.　給付決定の内容　（　　年　　月　　日決定）</td></tr>
<tr><td>10.1 給付基礎額</td><td colspan="2">円</td><td rowspan="2">10.3 支給年金額</td><td colspan="3" rowspan="2">円</td></tr>
<tr><td>10.2 障害等級</td><td colspan="2">級　　号</td></tr>
</table>

（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。）。

（日本産業規格A列4番）