別記様式第四号（第二条関係）（平８法省令61・全改、令元法省令18・一部改正）

障害給付一時金請求書　　１号紙

<table>
<tr><td colspan="3">（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一時金を請求します。</td><td colspan="2">請求年月日：　　年　　月　　日

請求者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞</td></tr>
<tr><td colspan="5">1.　給付の要件</td></tr>
<tr><td rowspan="3">1.1
関係刑事事件</td><td colspan="2">被疑者・被告人</td><td colspan="2">住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年齢</td></tr>
<tr><td colspan="2">事　件　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">関係裁判所・裁判官・捜査機関</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="5">1.2 関係証人・参考人・国選弁護人

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年齢</td></tr>
<tr><td colspan="3">1.3 被害者の証人・参考人・国選弁護人との続柄・関係</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">1.4
原因たる被害の内容</td><td colspan="2">日　　時</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">場　　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">加　害　者</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">原　　因</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">傷病の種別・部位・程度</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">1.5
法４条関係</td><td colspan="2">加害者と証人・参考人・国選弁護人との親族関係</td><td colspan="2">有（　　）・無</td></tr>
<tr><td colspan="2">加害者と被害者との親族関係</td><td colspan="2">有（　　）・無</td></tr>
<tr><td colspan="2">※　２号該当</td><td colspan="2">有（　　）・無</td></tr>
<tr><td colspan="2">※　３号該当</td><td colspan="2">有（　　）・無</td></tr>
</table>

（日本産業規格Ａ列４番）

<table>
<tr><td colspan="2">2.　療養給付の有無</td><td colspan="6">有（　　）・無</td></tr>
<tr><td colspan="8">3.　障　　害</td></tr>
<tr><td colspan="2">3.1 傷　病　名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">3.2 傷病の部位</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">3.3 治ゆ年月日</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">3.4 障害状況</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="8">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　　㊞</td></tr>
<tr><td rowspan="5">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 colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">5.　通常得ている収入額</td><td colspan="6">1日　　円（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">6.　請　求　金　額</td><td colspan="6">×　　＝　　円</td></tr>
<tr><td colspan="2">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 colspan="2">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 colspan="2">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="8">※10.　給付決定の内容　　（　　年　　月　　日決定）</td></tr>
<tr><td colspan="2">10.1　給付基礎額</td><td colspan="2">円</td><td colspan="2" rowspan="2">10.3　支給金額</td><td colspan="2" rowspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">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）