（別記）

様式第１号（第１条関係）

（表）

被　害　者　等　給　付　金　請　求　書

局、事務所扱別　事故種別　支給種別

平成　　年　　月　　日受理　　都道府県№.　　（　　）（　　）（　　）

防衛大臣＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿 （　　防衛局長経由） 下記により給付金の支給を請求します。 平成　　年　　月　　日		①請求者：住　　所 ふりがな 氏　　名　　㊞ 被害者との続柄 代理人：
②請求する給付金	給付金	療養給付金　休業給付金　障害給付金　遺族給付金　打切給付金 特別障害給付金　特別遺族給付金　特別打切給付金
	支給金	療養支給金　休業支給金　障害支給金　特別障害支給金　特別打切支給金 障害者の妻の支給金　死亡者の妻の支給金　打切療養者の妻の支給金 死亡障害者の妻の支給金　死亡打切療養者の妻の支給金
③被害者	ふりがな 氏　　名： 死亡傷病名：	生年月日　明、大、昭、平　　年　　月　　日生　　才男女 死亡年月日　平成　　年　　月　　日　　才
	（現　在） 住　所： 本籍地： 職　業：	（被害時）
④被害者の妻	ふりがな 氏　　名： 住　　所：	生年月日：明、大、昭、平　　年　　月　　日生 婚姻年月日（明、大、昭、平　　年　　月　　日）
⑤被害の概要	被害日時：平成　　年　　月　　日　前　　時　　分 後 被害場所： 被害の種類：　療養　　療養障害　　死亡 加害者、被害の状況等：	
⑥他の法令等による給付の有無等	（法令等の名称）　（金額）　（給付機関等）	
⑦同順位の遺族	（氏名）　（被害者との続柄）　（住所）	
⑧死亡権利者及びその同順位の相続人	死亡権利者の氏名及び被害者との続柄： 死亡権利者の同順位の相続人の氏名、死亡権利者との続柄及び住所：	
⑨添付書類	被害事実を明らかにするもの： 療養等の内容を明らかにするもの： 業務上の収入を得ることができなかつた期間を明らかにするもの： 身体障害を証明するもの： 被害者との続柄等を証明するもの：	
⑩備考		

裏面の注を見てください

（裏）

注：１　記入するときは、被害者等給付金請求の手引をよく読んでください。

２　この表においては、一部改正法律附則第２項及び第３項の規定により支給する療養給付金、休業給付金、障害給付金、特別障害給付金及び特別打切給付金の額に相当する金額の支給金を、それぞれ療養支給金、休業支給金、障害支給金、特別障害支給金及び特別打切支給金といいます。

３　この表においては、一部改正法律附則第５項第１号及び第２号、第３号、第４号、第５号イ及びロ並びに第５号ハの規定により支給する支給金を、それぞれ障害者の妻の支給金、死亡者の妻の支給金、打切療養者の妻の支給金、死亡障害者の妻の支給金及び死亡打切療養者の妻の支給金といいます。