別記様式第六

障　害　補　償　請　求　書

<table>
<tr><td colspan="4">殿
河川法第　条の規定に基づき、次のとおり障害補償を請求します。</td><td>請求年月日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4" rowspan="2"></td><td rowspan="2">請求者</td><td>住　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">従事者</td><td>住　所</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>職　業</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">事故</td><td colspan="3">(事故発生の場所)</td><td colspan="3">(事故発生の日時)
年　月　日　前後　時　分</td></tr>
<tr><td colspan="6">(事故又は疾病の発生の原因及びその状況)</td></tr>
<tr><td colspan="7">(障害等級)　□第1種障害補償
□第2種障害補償　第　級</td></tr>
<tr><td colspan="7">(既存障害とその程度)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">補償基礎額</td><td colspan="3" rowspan="2">補償基礎額　円
基礎額　円
扶養親族　20円×　人＝　円
13円×　人＝　円</td><td rowspan="2">扶養親族</td><td>氏　名</td><td>生年月日</td><td>従事者との続柄</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>請求金額</td><td colspan="6">□年　額
円　(補償基礎額　円×倍数　)
□一時金額
(一時金額の場合　□一時払希望　□分割払希望)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">※医師の証明</td><td colspan="3">(傷病名)</td><td colspan="3" rowspan="4">(障害状況の詳細(図で示すことのできるものは図解すること。))</td></tr>
<tr><td colspan="3">(傷病の経過)</td></tr>
<tr><td colspan="3">(治癒年月日)　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">(予想される障害等級)　等　級</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおりであると認めます。
年　月　日　医療機関の　所在地
名　称
医師又は歯科医師氏名</td></tr>
</table>

備考

1　用紙は、日本産業規格A4の寸法のものとすること。

2　請求者は、※印の欄は記載しないこと。該当する□にレ印を付け、「男・女」及び「前後」については、該当するものを〇で囲むこと。

3　「第　条」の箇所には、根拠条文を記載すること。

4　「既存障害とその程度」の欄は、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記載するものとすること。

5　「障害状況の詳細」の欄に記載しきれないときは、適宜別紙に記載すること。