別紙

公務災害認定の手続きで、必要となりますので、下記についてご記入後、ご提出願います。（複数の医療機関・薬局があれば、それぞれ記入願います。）

（　　　　　）分団　　　氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）

１　医療機関について

（１）受診医療機関名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　－

（２）受診期間　　　　月　　　日～　　　月　　日または　通院中

出雲市消防本部警防課

担当：飯塚・奥井・高橋

〒693-0004　出雲市渡橋町253-1

TEL:（0853）21-6923　FAX:21-8241

出雲市消防本部警防課

担当：飯塚・奥井・高橋

〒693-0004　出雲市渡橋町253-1

TEL:（0853）21-6923　FAX:21-8241

（３）医療費の窓口負担　　①なし　　②あり　　（領収書を大切に保管願います。）

２　薬局について

（１）利用薬局名　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

電話番号　　　　　　－

（２）利用期間　　　　月　　　日～　　　月　　日または　継続中

出雲市消防本部警防課

担当：飯塚・奥井・高橋

〒693-0004　出雲市渡橋町253-1

TEL:（0853）21-6923　FAX:21-8241

出雲市消防本部警防課

担当：飯塚・奥井・高橋

〒693-0004　出雲市渡橋町253-1

TEL:（0853）21-6923　FAX:21-8241

（３）医薬費の窓口負担　①なし　　　②あり　　（領収書を大切に保管願います。）

３　休業補償について

上記の公務災害において、療養のために勤務や業務に従事することができず、給与や業務上の収入が得られなかったときに、その期間、１日につき補償基礎額の100分の60に相当する額を支給します。

（１）今回の公務災害において、療養のために勤務や業務に従事することができず、給　与や業務上の収入が得られない（なかった）ことがありますか？

①なし　　　②あり

　（２）②ありの場合、その期間は？　　　　月　　　日～　　月　　日のうち　　　　日間

　（３）扶養親族がある場合は、補償基礎額に一定額を加算しますので、その場合は

記載願います。

　　①氏名：年齢（　　　　　　　　　：　　　歳）続柄（　　　　）

　　②氏名：年齢（　　　　　　　　　：　　　歳）続柄（　　　　）

　　③氏名：年齢（　　　　　　　　　：　　　歳）続柄（　　　　）

記入欄不足の場合は

余白にご記入ください。

４　公務災害発生までの訓練等について

**（操法訓練中等の公務災害のみ記入願います。）**

（１）訓練の詳細

①開始月日　　　　　　　　　年　　　月　　日

②累計参加日数　　　　　　　　　　　　　　日

③1日あたりの訓練時間等 　　　　　　　　　時間／日

（２）訓練以外（日常生活、仕事上等）で負傷の原因となり得る出来事や身体的負荷はあ

りませんでしたか。

（３）過去の既往歴（素因等となり得るものがないかどうかを確認するため）

５　ウォーミングアップ・クールダウンメニューについて

**（操法訓練中等の公務災害のみ記入願います。）**

　　出雲市消防本部警防課では、操法訓練時の公務災害を防止するために標記の講習会を４月９日に開催したところです。率直なご意見を伺うことにより、今後も公務災害の防止に努めて参りますので、ご回答願います。

（１）発生時にウォーミングアップ・クールダウンメニューについて

　　　①十分実施した　②そこそこ実施した　③実施していない　④知らなかった

（２）②・③の場合、その理由をお聞かせ願います。

（３）今後、公務災害の発生を防ぐために必要なことをお聞かせ願います。