|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 認定番号 |  |
| 地方公務員災害補償基金　岩手県支部長　様　　　障害の現状について下記のとおり報告します。　　　　　令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | 報告者の住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| ふ　　り　　が　　な氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| １　年金証書の番号 | 第　　　　　　　　　　　　号 |
| ２　傷病補償年金の支給開始年月 | 　　　　　　　年　　　　　　月 |
| ３　傷　病　等　級　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　　　　　　　級 |
| ４　障害の状況 |
| ５　日常生活の概要 |
| ６　他法年金の受給関係 |
| 年金の種類 | 年金の年額 | 年金証書の記号番号 | 支給開始年月 | 所轄年金事務所等 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | ＊□支給　　　　□支給停止（免責） |

様式39号

障害の現状報告書（傷病補償年金）

〔注意事項〕

１　　この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。

２　　報告者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

３　　「４　障害の状況」の欄には、最近１年間について記入すること。

４　　「５　日常生活の概要」の欄には、最近１年間について記入すること。また、この間に、所属団体を退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。

５　　「年金の種類」の欄には、受給権者が傷病補償年金と同一の事由により受給する令附則第３条第１項の表の中欄に掲げる年金たる給付の名称を記入すること。

６　　年月日の記載には元号を用いる。

|  |
| --- |
| ＊７　医　師　の　証　明 |
| (1)　傷病の種類（傷病名・傷病の部位等） |
| (2)　傷病の経過及び治療方法の概要 |
| (3)　傷病及び障害の現状

|  |
| --- |
| 介護補償を受けている者にあっては、以下の項目についても記入してください。（日常生活の状態） |
| ①　行動能力 | □終日臥床□自宅、病棟内でのみ行動できる□通院（単独歩行）できる | ｛ | 理由 | ｝ |
| ②　食　　　事 | □全く自用を弁じない□他人の介助によってできる□支障がない | ｛ | 理由 | ｝ |
| ③　用　　　便 | □全く自用を弁じない□他人の介助によってできる□支障がない | ｛ | 理由 | ｝ |
| ④　精神能力 | □常に他人の厳重な注意を要する□随時他人の注意を要する□通院可能であるが就労できない | ｛ | 理由 | ｝ |
| ⑤　言語能力 | □完全な失語であるいは構音機能の喪失□他人との間でようやく意思を通じあうことができる□支障がない | ｛ | 理由 | ｝ |

 |
| (4)　傷病及び障害の今後の見込み |
|  | （報告者の氏名）　　 | については上記のとおりであると認めます。 |
|  | 令和　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 医療機関の | ｛ | 所在地名称医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |