

様式第1号

(この欄は記載しないこと。)

支給決定決議書	署長	次長	課長	係長	係	支払金額					
						算定内訳	(給付基礎日額) 円 × $\frac{60}{100}$ × 3日				
支給決定	. .		調査年月日	. .		復命書	第 号				
							休業補償給付支給請求書との照合 確認者印				

労働者災害補償保険
休業補償特別援護金支給申請書

① 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号			枝番号
② 労働者の氏名	(男・女)						
	生年月日	年	月	日	(歳)		
③ 災害発生年月日	年	月	日				
④ 休業の原因となった疾病の発生のおそれのある業務に従事した最後の事業場において当該業務に従事した期間	年		月	日から	年	月	日まで
⑤ 療養のため、労働することができないために賃金を受けない日の第3日までの休業補償受領の有無	有		.	無			

上記により、休業補償特別援護金の支給を申請します。
なお、休業補償特別援護金の支給を受けた後に事業主から休業補償を受けたときは、速やかに休業補償特別援護金を返還することを誓約します。

年 月 日

郵便番号 _____ 電話 _____ 局番 _____

住所 _____

申請人の氏名 _____ (印)

労働基準監督署長 殿

振込を希望する金融機関の名称		預金の種類及び口座番号	
銀行・金庫	本店・本所 出張所	普通・当座 第 _____ 号	
農協・漁協・信組	支店・支所	マイコン 名義人 _____	

右金額正に領収しました。	領収年月日	領収金額	氏名
	年 月 日	¥ _____	(印)

(この欄は記載しないこと。)