

様式第六号（第四条）

(表)

裏面をよく読んでから記入して下さい。※、※※の欄は記入する必要がありません。字は楷書ではっきりと書いて下さい。記名欄に代えて署名することができます。

様式第八号から様式第十六号まで中「長男」を「令子」に改める。
 (戦没者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則の一部改正)
 第二十九条 戦没者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則(昭和三十八年厚生省令第十三号)の一部を次のように改正する。
 様式第一号表面を次のように改める。

様式第一号

(表面)

| 戦没者等の妻に対する特別給付金請求書 | | | | 1- | | | | | | |
|---|----------|---------------|-------------|--------------|----------------------------|----------------|-----|--|--|--|
| 戦 没 者 等 | フリガナ | (姓) | (名) | 生年 月 日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 | | | | | |
| | 氏名 | | | | 年 | 月 | 日 | | | |
| ①もと の 身 分 | | | | 死年 月 日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 | | | | | |
| | | | | 年 | 月 | 日 | | | | |
| ②除籍時 の 本籍等 | 都道 府県 | | | 個人番号 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ③ 請 求 者 | フリガナ | (姓) | (名) | 生年 月 日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 | | | | | |
| | 氏名 | | | | 年 | 月 | 日 | | | |
| 住 所 | 都道 府県 | | | 個人番号 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ④被 相 続 人 | フリガナ | (姓) | (名) | 死年 月 日 | 1 平成 年 月 日 | | | | | |
| | 氏名 | | | | 2 令和 | | | | | |
| ⑤代 理 人 等 | フリガナ | (姓) | (名) | 区分 | ※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| 住 所 | 都道 府県 | | | 個人番号 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名 | | | | | | | | | | |
| ⑥国債の償還金 の希望支払場所 | 名 称 | | | | 所在地 | 都道 府県 | | | | |
| | | | | 市 区 町 村 | | | | | | |
| 戦没者等の妻が 受けている給付 の種別 | ※ 01 | 公務扶助料 | 21 | 遺族給与金 | 33 | 日本鉄道共済組合殉職年金 | | | | |
| | 02 | 特例扶助料 | 31 | 旧令共済組合殉職年金 | 34 | 日本電信電話共済組合殉職年金 | | | | |
| 11 | 遺族年金 | 32 | 郵政省共済組合殉職年金 | | | | | | | |
| これまで戦没者等の妻に対する特別給付金 国庫債券を受けたか受けないかの別 | | | | | ※ 1 受けた 2 受けない | | | | | |
| ⑦これまで戦没者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けた場合 | | | | | | | | | | |
| 第 回特別給付金国庫債券 | 号 | 裁定通知書 記号番号 | 第 | 号 | 請 求 当 時 | 都 道 | 市 区 | | | |
| | | | | | の 住 所 | 府 県 | 町 村 | | | |
| 上記により、「戦没者等の妻に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | | | | | | |
| 令和 | 年 | 月 | 日 | 電話 | | | | | | |
| 厚生労働大臣 殿 裁定都道府県知事 | | | | | 氏名 | (印) | | | | |
| (市区町村使用欄) | | | | | | | | | | |
| 国債交付取扱店名 | | | | | | | | | | |

様式第一号の二

(表面)

| 戦没者等の妻に対する特別給付金請求書 | | | | | 1- | | |
|---|---|---|--------------------------------------|--|---|---------------------------|--------------|
| 戦 没 者 等 | フリガナ | | | 生年 月 日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 | | |
| | 氏名 | (姓) | (名) | | 年 月 日 | | |
| | ①もとの身分 | | | | 死亡 年月日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 | |
| ②除籍時の本籍等 | 都道府県 | | | | | | |
| ③請求者 | フリガナ | | | 生年 月 日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日 | | |
| | 氏名 | (姓) | (名) | | 個人番号 | | |
| | 住所 | 〒 | 都道府県 | | | | |
| ④被相続人 | フリガナ | | | 死年 月 日 | 1 平成 2 令和 年 月 日 | | |
| | 氏名 | (姓) | (名) | | | | |
| ⑤代理人等 | フリガナ | | | 区分 | ※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | | |
| | 氏名 | (姓) | (名) | | | | |
| | 住所 | 〒 | 都道府県 | | | | |
| 国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名 | | | | | | | |
| ⑥国債の償還金の希望支払場所 | 名称 | | | 所在地 | 都道府県 | 市区町村 | |
| 戦没者等の妻が受けている給付の種別 | ※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金 | 21 遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金 32 郵政省共済組合殉職年金 | 33 日本鉄道共済組合殉職年金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 | | | | |
| ⑦これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けたか受けないかの別 | | | | | | | |
| ※ 1 受けた | 第 | 回特別給付金国庫債券 | 号 | 裁定通知書 記号番号 | 第 号 | 請求当時の住所 | 都道府県 市区町村 |
| | 2 受けない | 戦傷病者等が受けている給付の種別 | | ※ 01 増加恩給 02 傷病年金 03 特例傷病恩給 04 傷病賜金 | 11 障害年金 12 障害一時金 31 旧令共済組合公務傷病年金 41 その他() | | |
| 上記により、「戦没者等の妻に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | 電話----- | | | | | | |
| 厚生労働大臣 殿 裁判都道府県知事 | 氏名 印 | | | | | | |
| (市区町村使用欄) | | | | | | | |
| 国債交付取扱店名 | | | | | | | |

様式第3号の3(1) (第6条関係)

| 療 養 券 (病院・診療所用) | | | | | |
|------------------------|-------|--------------------------|---------------|------|----------------------------|
| 公費負担者番号 | | | | | 認 定 年 月 日 |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 |
| 戦傷病者 | 氏 名 | | | 生年月日 | 明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 |
| | 現 住 所 | | | | |
| 療養を必要とする傷病名 | | | | | |
| 療養を認める期間 | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | (入院) (入院外) | | |
| 療養を受けようとする医療機関(病院・診療所) | 所在地 | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| 上記のとおり決定する。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | 都道府県知事 氏 名 | | 印 | |

注意

- 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求することができます。
- 2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

第三十条 (戦傷病者特別援護法施行規則の一部改正)
 様式第一号から様式第三号の二まで中「平成」を「令和」に改める。
 様式第三号の三(二)を次のように改める。
 様式第二号及び様式第三号中「平成」を「令和」に改める。
 (戦傷病者特別援護法施行規則(昭和三十八年厚生省令第四十六号)の一部を次のように改正する。)

様式第3号の3(2) (第6条関係)

| 療養券 (指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者用) | | | | | |
|---|-----|------------|--------|------------|-----------------------|
| 公費負担者番号 | | | | | 認定年月日 |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | 昭和 平成 令和 年月日 |
| 戦傷病者 | 氏名 | | | 生年月日 | 明治 大正 昭和 年月日 |
| | 現住所 | | | | |
| 療養を認める期間 | | 令和年 令和年 | 月 月 | 日から 日まで | |
| 療養を受けようとする医療機関(指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者)名 | | | | | |
| 訪問看護ステーション・居宅サービス事業所・介護予防サービス事業所 | | 所在地 | | | |
| | | 名称 | | | |
| 療養を受けようとする医療機関(病院・診療所) | | 所在地 | | | |
| | | 名称 | | | |
| 上記のとおり決定する。 | | | | | |
| 令和年月日 | | | | | |
| 都道府県知事 氏名 印 | | | | | |

注意

- 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求することができます。
- 2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第三号の三(二)を次のように改める。

様式第3号の3(3) (第6条関係)

| 療 養 券 (薬 局 用) | | | | | | |
|------------------------|-------|--------|---------------------|--|------|----------------------------|
| 公費負担者番号 | | | | | | 認 定 年 月 日 |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 |
| 戦傷病者 | 氏 名 | | | | 生年月日 | 明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 |
| | 現 住 所 | | | | | |
| 療養を認める期間 | | 令和 年 月 | 日 から 令和 年 月 日 まで | | | |
| 療養を受けようとする医療機関(薬局) | | 所在地 | | | | |
| | | 名 称 | | | | |
| 療養を受けようとする医療機関(病院・診療所) | | 所在地 | | | | |
| | | 名 称 | | | | |
| 上記のとおり決定する。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 都道府県知事 氏 名 印 | | | | | | |

注意

- 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求することができます。
- 2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送达を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第三号の三(3)を次のように改める。

様式第14号(1) (第13条関係)

| 更生医療券 (病院・診療所用) | | | | | |
|---|-------------|--|-------------------|------|---------------|
| 公費負担者番号 | | | | | 交付年月日 |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | 平成年月日 令和 |
| 戦傷病者 | 氏名 | | | 生年月日 | 明治大正年月日 昭和 |
| | 現住所 | | | 職業 | 現職 |
| | 原傷病名 | | | | 希望職業 |
| | 現在の障害部位及び程度 | | | | |
| 医療の具体的方針 | 入院 入院外 | | | | |
| 指定医療機関(病院・診療所)名 | | | 指定医療機関(病院・診療所)所在地 | | |
| 医療費概算額 | | | 診療予定期間 | 有効期間 | 自月日至月日 |
| 上記のとおり決定する。 | | | | | |
| 令和年月日 | | | | | |
| 都道府県知事 氏名 印 | | | | | |

注意

- この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求することができます。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

 様式第10号から様式第13号まで中「年月」を「令和」に改める。
 様式第14号(2)を次のように改める。
 「年月」を「令和」に改める。

様式第14号(2) (第13条関係)

| 更生医療券 (指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者用) | | | | | |
|--|-----|--|-------------------------------------|----------------|----------------------------------|
| 公費負担者番号 | | | | | 交付 年 月 日 |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | 平成 年 月 日 令和 |
| 戦傷病者 | 氏 名 | | | 生年月日 | 明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日 |
| | 現住所 | | | | |
| 訪問看護の具体的方針 | | | | | |
| 指定医療機関(指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者)名 | | | | | |
| 訪問看護ステーション・居宅サービス事業所・介護予防サービス事業所名 | | | 訪問看護ステーション・居宅サービス事業所・介護予防サービス事業所所在地 | | |
| 指定医療機関(病院・診療所)名 | | | 有効期間 | 自 月 日 至 月 日 | |
| 上記のとおり決定する。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 都道府県知事 氏名 印 | | | | | |

注意

- 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求することができます。
- 2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送达を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十四号(2)を次のように改める。

様式第14号(3) (第13条関係)

| 更生医療券(薬局用) | | | | | | |
|-----------------|-----|--|--|---------------|---------------|-------------|
| 公費負担者番号 | | | | | | 交付年月日 |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | 平成年月日 令和 |
| 戦傷病者 | 氏名 | | | 生年月日 | 明治大正年月日 昭和 | |
| | 現住所 | | | | | |
| 指定医療機関(薬局)名 | | | | 指定医療機関(薬局)所在地 | | |
| 指定医療機関(病院・診療所)名 | | | | 有効期間 | 自月日 至月日 | |
| 上記のとおり決定する。 | | | | | | |
| 令和年月日 | | | | | | |
| 都道府県知事 氏名 印 | | | | | | |

注意

- この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求することができます。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十九号中「平成」を「令和」に改める。

様式第十五号から様式第十七号まで中「平成」を「令和」に改める。
様式第十八号を次のように改める。

様式第18号（附則第4項関係）

| 療養給付認定票交付請求書 | | | |
|--|---------------|------------|--------------------------|
| ふりがな | 生年月日 | 明治 | 年 月 日 |
| 氏名 | | 大正 | 昭和 |
| 本籍 | 現住所 | | |
| もとの身分 | 復員年月日 | 昭和 | 年 月 日 |
| 負傷又は疾病の名称 | 負傷又は疾病の発生年月 | 平成 | 年 月 日 |
| 負傷又は疾病の発生した場所 | 療養の給付を必要とする期間 | 令和 年 月 日から | 〔入院〕 令和 年 月 日まで 〔入院外〕 |
| 療養の給付を受けようとする医療機関の名称及び所在地 | | | |
| 戦傷病者特別援護法附則第11項の規定により療養の給付を受けたく、関係書類を添えて請求します。 | | | |
| 令和 年 月 日 | | 氏名 ㊞ | |
| 都道府県知事 殿 | | | |

注意 最下欄の請求者の氏名を自署により記載する場合は、押印は必要ありません。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

(特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行規則の一部改正)
黒川十一條 特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行規則(昭和三十九年厚生省令第11十六号)の一部を次のとおり改む。

様式第一号(第一条関係)

(表 面)

| ※※ 第 号 | | ※市區町村 令和 年月日 合和 | | ※市區町村 令和 年月日 合和 | | ※市區町村 令和 年月日 合和 | | あなたとあなたの配偶者・同居している扶養義務者の所得について | | |
|------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ※市區町村 令和 年月日 合和 | | ※市區町村 令和 年月日 合和 | | ※市區町村 令和 年月日 合和 | | ※市區町村 令和 年月日 合和 | | ⑯ 請求者 | ⑰ 配偶者 | ⑱ 扶養義務者 |
| ① ふりがな 氏名・性別 | ② 男 女 | ③ 令和 年 月 日 | ④ 有 無 | ⑤ 令和 年 月 日 | ⑥ 有 無 | ⑦ 令和 年 月 日 | ⑧ 有 無 | ⑨ 令和 年 月 日 | ⑩ 令和 年 月 日 | ⑪ 令和 年 月 日 |
| ⑨ 支給対象障害児の氏名 (生年月日) | TEL () | 勤務先 所在地 (平成 合和 年 月 日生) | 勤務先 所在地 (平成 合和 年 月 日生) | 勤務先 所在地 (平成 合和 年 月 日生) |
| ⑩ 個人番号 | TEL () | 勤務先 所在地 (平成 合和 年 月 日生) | 勤務先 所在地 (平成 合和 年 月 日生) | 勤務先 所在地 (平成 合和 年 月 日生) |
| ⑪ 請求者との続柄 (同居・別居の別) | (同居・別居) | (同居・別居) | (同居・別居) | (同居・別居) | (同居・別居) | (同居・別居) | (同居・別居) | (同居・別居) | (同居・別居) | (同居・別居) |
| ⑫ 父の氏名 | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () |
| ⑬ 母の氏名 | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () |
| ⑭ 障害による年金の受給状況 | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () | 支給されている 支給停止 申請中 | 種類 () |
| ⑮ 身体障害者手帳の番号及び障害等級 | 支給開始年月 | 対象障害児数 | 手当月額 | 支払期別金額 | 証書番号 | ※審査 | 事項 | 上記のとおり用意ありません。 | 氏名 | ⑯ |
| ※※ 認定・支給停止 ・却下 | (1級) 人 (2級) 人 | 円 12月 円 4月 円 8月 | 円 12月 円 4月 円 8月 | 第 号 | ※参考 | 市町村長 | 令和 年 月 日 | 市町村長 | ⑰ | ⑱ |
| ⑯ 障害名 | | | | | | 市長 | 令和 年 月 日 | 市長 | ⑲ | ⑳ |

◎ 裏面の注意をよく読みながら記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。字は楷書ではっきり書いてください。記名押印に代えて署名することができます。

様式第三号
(表面)様式第四号
(表面)
中「年月日」を「令和」
を次のように改める。
「年月日」を「令和」
に改める。

様式第四号(第二条関係)

(表 面)

| | | | | | |
|--|--|------------------------------------|---------|------------------------------------|------------|
| ※※第 号 | | | | | |
| ※経 由 市町村名 | | 市区町村 受付年月日 令和 · · | | | |
| 市区町村 令和 · · 提 出 第 号 | | 市区町村 令和 · · 再 提 出 第 号 | | | |
| <u>特別児童扶養手当額改定請求書</u> | | | | | |
| あと なに たつ のい こて 障 害 児 の こ と に つ い て | ①(ふりがな) 氏 名 | | | ②証書の 記号・番号 | 第 号 |
| | ③住所 | | | ④個人番号 | |
| | ⑤支給対象障害児の氏名 (生年月日) | 〔 平成 年 月 日 生 〕 | | 〔 平成 年 月 日 生 〕 | |
| | ⑥個人番号 | | | | |
| | ⑦請求者との続柄 (同居・別居の別) | | | | |
| | ⑧父の氏名 | | | | |
| | ⑨母の氏名 | | | | |
| | ⑩障害による年金の受給状況 | 支給されている 支給停止 申請中 支給されていない | 〔 () 〕 | 支給されている 支給停止 申請中 支給されていない | 〔 () 〕 |
| | ⑪身体障害者手帳の番号及び障害等級 | | | | |
| | ⑫障害名 | | | | |
| | 関係書類を添えて、特別児童扶養手当の受給資格の認定を請求します。 令和 年 月 日 氏名 印 | | | | |
| | 知事 殿 市長 | | | | |
| ※※ 改定・却下 | 改定年月 | 対象障害児数 | 証書 | 作成・改訂 | 令和 · · 第 号 |
| | 年 月 | (1級) 人 | | | |
| | | (2級) 人 | | | |

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。字は楷書ではつきり書いてください。
記名押印に代えて証明することができます。

(日本工業規格 A列4番)

様式第五号(第三条関係)

(表 面)

| | | | |
|---|---------------------------|--|---------------|
| ※※第 号 | | | |
| ※経 由 市区町村名 | ※市区町村 受付年月日 令和 · · | | |
| ※市区町村 令和 · · 提 出 第 号 | ※市区町村 令和 · · 再 提 出 第 号 | | |
| <u>特別児童扶養手当額改定届</u> | | | |
| (ふりがな) 受給者の氏名 | ----- | 証書の 記号・番号 | 第 号 |
| 受給者の住所 | | 個人番号 | |
| 支給対象障害児でなくなつた障害児又は障害の 程度が低下した支給対象障害児の氏名・生年月 日 | 改定の理由 | | 理由の発生した年月日 |
| 平成 年 月 日生 令和 | イロハニホヘト チリ | | 令和 年 月 日 |
| 平成 年 月 日生 令和 | イロハニホヘト チリ | | 令和 年 月 日 |
| 上記のとおり、特別児童扶養手当の額の改定について届け出ます。 | | | |
| 令和 年 月 日 | | 氏 名 印 | |
| 知事 殿 | | | |
| 市長 | | | |
| 改定年月 | 対象障害児数 | | 証書作成・改訂 |
| ※※ 年 月 | (1級) 人 | | 令和 · · 第 号 |
| | (2級) 人 | | |

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。

◎字は楷書ではつきり書いてください。記名押印に代えて署名することができます。

(日本工業規格 A列4番)

様式第六号(第四条関係)

(表 面)

| | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|------------------|---------------------|----------|-----------------|-----------|
| ※※整理番号 第 号 | | ※市区町村 受付年月日 | | 令和 · · | | ※市区町村提出 令和 · · | |
| 特別児童扶養手当所得状況届 (令和 年分) | | | | | | | |
| ①証書記号・番号 第 | | ②氏名 | | | ③住所 | | |
| ④個人番号 | | ⑤受給者 | ⑥配偶者 | ⑦扶養義務者 | | | |
| 氏 名 | | | | | | | |
| ⑧個人番号 | | | | | | | |
| ⑨控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(受給者については、①老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数、②特定扶養親族の数、⑤16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数)) | | (①) (②) (③) (④) | 人 人 人 人 | 人 (人) | 人 (人) | 人 (人) | 人 (人) |
| ⑩⑨以外で前年の12月31日において受給者によって生計を維持していた児童 | | 人 | | | | | |
| ⑪所得額 | | 円 | ※円 | 円 | ※円 | 円 | ※円 |
| ⑫障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の数 | | 人 | 円 | 人 | 円 | 人 | 円 |
| ⑬特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の数 | | 人 | 円 | 人 | 円 | 人 | 円 |
| ⑭障害者・特別障害者・寡婦(寡夫)・寡婦の特例・勤労学生の別 | | 障・特障・寡・ 寡特・勤 | 円 | 障・特障・勤 | 円 | 障・特障・寡・ 寡特・勤 | 円 |
| ⑮ | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| ⑯社会保険料等相当額 | | | 円 | | 円 | | 円 |
| ⑰控除後の所得額 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| ⑱本年8月1日における支給対象障害児の状況 | | 障害児 氏名 | 続柄 | 生年月日 | | 同居別居の別 | 在学 学校名 |
| | | | | 平成・令和 · · | | 同居別居 | |
| | | | | 平成・令和 · · | | 同居別居 | |
| | | | | 平成・令和 · · | | 同居別居 | |
| | | | | 平成・令和 · · | | 同居別居 | |
| | | | | 平成・令和 · · | | 同居別居 | |
| 上記のとおり、所得状況を届け出ます。 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 知事 殿 氏名 ㊞ | | | | | | | |
| 市長 | | | | | | | |
| ※ 審 査 | ⑤～⑯欄の 記載事項 | | | ⑰の欄及びその他の欄 の記載事項 | | | |
| | 上記のとおり、相違ありません。 令和 年 月 日 市区町村長 ㊞ | | | | | | |
| ※※ 所得制限額 以上・未満 | | | | | | | |

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。記名押印に代えて証明することができます。

(日本工業規格 A列4番)

様式第六号(表面)を次のように改める。

第三十二条 (激甚災害時における雇用保険法による求職者給付の支給の特例に関する省令の一部改正)
 様式第一号(1) (表面)を次のように改める。
 (激甚災害時における雇用保険法による求職者給付の支給の特例に関する省令 (昭和三十九年労働省令第十八号) の一部を次のように改正する。)

様式第1号(第2条関係)(1)(表面)

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

雇用保険被保険者休業証明書-1

帳票種別

1 0 1 0 3

※修正項目番号

※①安定所番号

②被保険者番号

③事業所番号

管轄区分
④被保険者となった年月日
(被保険者区分変更年月日)

休業者氏名

性別

(1 男) (2 女)

生年月日(元号一年月日)

2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 取得時(変更後)被種類・区分
1又は9 一般
4又は5 高年齢
2又は3 短期
11 高年齢(65歳以上)

事業所名略称

⑤休業年月日の前日
年 月 日⑥喪失原因
4⑦休業票交付希望
1※⑧休業時被種類
(3 季節)※修正欄

| | | | | | | |
|-------------|----------------------|--------------------|-----|------------------------------|------------------------------|---------|
| ⑨休業者の住所又は居所 | | | | | | ⑩休業者確認印 |
| ⑪被害状況の概要 | (事業再開予定年月日 年 月 日) | ⑫休業期間中の就業及び賃金支払の有無 | 有・無 | 年 月 日から 年 月 日まで 日分(円) | 年 月 日から 年 月 日まで 日分(円) | |

⑬1週間の所定労働時間 $(\text{時間}(\text{分}))$ 上記記載は、事実と相違ないことを証明します。なお、別紙賃金支払状況を添付いたします。
年 月 日事業主 住所
氏名
電話番号

印

公共職業安定所長 殿

| | | | |
|--------------------|--------------------------|-----|------|
| 社会保険 労務士 記載欄 | 作成年月日・提出代行者・ 事務代理者の表示 | 氏 名 | 電話番号 |
| | | 印 | |

休業票
受領印
交付番号
交付年月日※ 備考
確認通知 年 月 日

様式第1号(表面)を次の通り記入。

様式第2号(第3条関係)(1)(表面)

雇用保険被保険者休業票-1

交付番号()

交付年月日()

帳票種別

1 0 2 0 0

※修正項目番号

□ □

※①安定所番号

□ □ □ □ □

②被保険者番号

③被保険者となつた年月日

④休業年月日の前日

—

□

1又は9—般

□

1再

—

4又は5高年齢

□

2又は3短期

□

—

休業者氏名

性別

生年月日(元号—年月日)

喪失原因

—

1 男

□

2 女

□

—

1 大正

□

2 昭和

—

3 平成

□

4 合和

—

5 高年齢
(65歳以上)

□

—

事業所番号

管轄区分

事業所名略称

産業分類

□

□

□

□

※

(7)受給資格等決定年月日

□ 年 □ 月 □ 日
□ — □

(8)認定日

(一般)
□ — □

(9)認定予定月日
(高年齢・特例)

□ 月 □ 日

(11)所定給付日数の決定
に係る対象者区分

□ 3

(12)休業区分

□ 3

—

—

—

(10)賃金日額(区分一日額又は総額)
□ — 千 □ 百 □ 十 □ 万 □ 千 □ 百 □ 十 □ 円
区 分 日 額

(11)所定給付日数の決定
に係る対象者区分

□ 3

(12)休業区分

□ 3

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

様式第2号(2)(第3条関係)

雇用保険被保険者休業票－2(賃金支払状況)

| | | | | |
|-------------------------|---|---|--------------|--------------------|
| ①被保険者番号 | — | — | ③ フリガナ | ④ 休業年月日 |
| ②事業所番号 | — | — | 休業者氏名 | 元号 年月日 |
| ⑤ 名称 事業所 所在地 電話番号 | | | ⑥ 休業者の住所又は居所 | 〒 電話番号() — |
| ⑦(休業理由)……具体的な事情を記載すること。 | | | ⑧ 休業期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 事業主 住所 氏名 | ※ 令和 年 月 日付けで交付した休業票 (交付番号 番)に係る賃金支払状況である。 公共職業安定所長 印 | | | |

様式第二号(2)を次のように改める。

休業の前日以前1年間の賃金支払状況等

注意

1. 基本手当は、受給資格者が労働の意思及び能力を有するにもかかわらず職業に就くことができないときに支給すること。
 2. 休業者が基本手当の支給を受けようとするときは、住所若しくは居所を管轄する公共職業安定所又は、休廃止事業所の所在地を管轄する公共職業安定所のいずれかに出頭し、この休業票－2及び休業票－1(別紙)を提出すること。
 3. 休業者が死亡したため、2によりこの休業票－2及び休業票－1(別紙)を公共職業安定所に提出できなかった場合において、遺族が基本手当の支給を受けようとするときは、休業者が死亡した際の住所又は居所を管轄する公共職業安定所又は休廃止事業所の所在地を管轄する公共職業安定所のいずれかに出頭し、この休業票－2及び休業票－1(別紙)を提出すること。
 4. 基本手当の支給を受けないときでも、後日必要な場合があるから、少なくとも4年間は大切に保管すること。
 5. この休業票－2を滅失し、又は損傷したときは、交付を受けた公共職業安定所に申し出ること。

様式第一号 (第一条関係)

(表面)

| 戦没者等の遺族に対する特別弔慰金請求書 | | | | | 4-60 | | |
|---|--------------|------|----------------|--------------------------|---|-----------------------------|--|
| 戦 没 者 等 | フリガナ 氏名 | (姓) | (名) | 生年月日 | ※1 明治 2 大正 年 月 日 3 昭和 | | |
| | もとの身分 | | | | 死亡年月日 | ※1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和 | |
| 請求者 | 除籍時 本籍等 | 都道府県 | | | | | |
| 被相続人 | フリガナ 氏名 | (姓) | (名) | 生年月日 | ※1 明治 2 大正 年 月 日 3 昭和 4 平成 5 令和 | | |
| | 戦没者等 との続柄 | | | | 個人番号 | | |
| 代理人等 | 住 所 | 〒 | 都道府県 | | | | |
| 国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名 | | | | | | | |
| 国債の償還金の希望支払場所 | 名称 | | | 所在地 | 都道府県 | 市区町村 | |
| 前回の特別弔慰金受給者 | 氏名 | | 戦没者等 との続柄 | 裁判通知書 の記号及び 番号(額面) | 第 号 | | |
| 請求時の住所 | 都道府県 | | | | ※ (1 40万 2 24万) | | |
| 平成21年4月1日から平成27年3月31日までの間に年金給付の受給者が失権した場合 | 受給者の氏名 | | 証書の記号 及び番号 | 第 号 | | | |
| | 戦没者等 との続柄 | | 失権の年月日 及び事由 | 平成 年 月 日 | ※1 死亡 2 その他() | | |
| 上記により、「戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法」の特別弔慰金を請求します。 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | 電話 | | | | |
| 厚生労働大臣 殿 裁判都道府県知事 | | | 氏名 | | | (印) | |

(自治体使用欄)

| | | | | | | |
|----------|----|--|--------------|--|------------------|--|
| 国債交付取扱店名 | | | | | | |
| 弔慰金の受給者 | 氏名 | | 戦没者等 との続柄 | | 裁判通知書の記号 及び番号 | |

(A列4番)

第三十三条 (戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法施行規則の一部改正)
 戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法施行規則の一部改正する。
 様式第一号表面を次のように改める。
 (昭和四十年厚生省令第二十七号)の一部を次のように改正する。

| | | |
|----------|-------|--|
| 厚生労働省記入欄 | 登録番号 | |
| | 登録年月日 | |

| |
|---------------------------|
| ホチキス位置 |
| 収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい) |

理学療法士(作業療法士)免許申請書

| | |
|--------|--|
| 受験地コード | |
| 受験番号 | |

| | | | | | | |
|----------|---|---|----|---|-------------------------|-----|
| 平成 令和 | 年 | 月 | 施行 | 第 | 回理学療法士(作業療法士) 国家試験合格 | 受験地 |
|----------|---|---|----|---|-------------------------|-----|

(理学療法士及び作業療法士法附則第2項の規定により免許を受けようとする者にあっては、免許を得た国名及び年月日並びにその免許の種類)

1～4の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 費金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 理学療法士(作業療法士)の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、理学療法士(作業療法士)免許を申請します。

年 月 日

| | |
|------------|------|
| 本籍 (国籍) | 都道府県 |
|------------|------|

| | |
|----|--------|
| 住所 | 〒 都道府県 |
|----|--------|

| | |
|----|-----|
| 電話 | () |
|----|-----|

| | | | |
|------|------|-----|---|
| ふりがな | (氏) | (名) | 印 |
| 氏名 | | | |
| | (旧姓) | | |
| 通称名 | | | |

| | |
|----|---|
| 性別 | 男 |
| | 女 |

| | | | | |
|------|----------------|---|---|---|
| 生年月日 | 昭和 平成 西暦 | 年 | 月 | 日 |
|------|----------------|---|---|---|

厚生労働大臣 殿

| | | |
|-----------|-------------|---------|
| 厚生労働省の受付印 | 都道府県の受付印 | 保健所の受付印 |
| | 都道府県 コード | |

様式第一号の二から様式第三号まで中「令和」を「令君」に改める。
(理学療法士及び作業療法士法施行規則の一部改正)
第三十四条 理学療法士及び作業療法士法施行規則(昭和四十年厚生省令第四十七号)の一部を次のように改正する。
様式第一号及び様式第二号を次のように改める。
様式第二号を次のように改める。

様式第一号
(第一条の三関係)

| | | | | | | |
|----------|----------------|--|--|--|--|--|
| 厚生労働省記入欄 | 登録番号 | | | | | |
| | 訂正書換え 年 月 日 | | | | | |

ホチキス位置
印紙欄
(収入印紙は消印しないで下さい)

様式第二号

(第三条、第五条関係)

理学療法士(作業療法士)名簿訂正・免許証書換え交付申請書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---------|-------------|---|---|---|
| 登録番号 | 第 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 号 | 登録年月日 | 昭和 令 | 和 成 和 | 年 | 月 | 日 |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---------|-------------|---|---|---|

変更を生じた事項

| | 変更前 | | | 変更後(第1回) | | | 変更後(第2回) | | | | |
|---------|-------|-------|---|----------|-------|---|----------|-------|---|---|---|
| コード番号 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | | |
| 本籍(国籍) | 都道府県 | | | 都道府県 | | | 都道府県 | | | | |
| ふりがな | (氏) | (名) | | (氏) | (名) | | (氏) | (名) | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | |
| | (旧姓) | | | (旧姓) | | | (旧姓) | | | | |
| 旧姓併記の希望 | | | | 有・無 | | | 有・無 | | | | |
| 通称名 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大昭平令西 | 正和成和暦 | 年 | 大昭平令西 | 正和成和暦 | 年 | 大昭平令西 | 正和成和暦 | 月 | 月 | 日 |
| 性別 | 男・女 | | | 男・女 | | | | | | | |
| 変更の事由 | | | | | | | | | | | |

上記により、理学療法士(作業療法士)名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

____年____月____日

| | |
|----|-----------|
| 住所 | 〒 都道府県 |
| 氏名 | 電話 () |

厚生労働大臣 殿

| | | |
|-----------|-------------|---------|
| 厚生労働省の受付印 | 都道府県の受付印 | 保健所の受付印 |
| | 都道府県 コード | |

| | | |
|----------|--------|--|
| 厚生労働省記入欄 | 登録番号 | |
| | 再交付年月日 | |

取入印紙欄
(取入印紙は消印しないで下さい)

ホチキス位置
様式第四号を次のように改める。
様式第四号 (第六条関係)

理学療法士(作業療法士)免許証再交付申請書

| | | | | | | | |
|------|---|---|-------|-----|---|---|---|
| 登録番号 | 第 | 号 | 登録年月日 | 昭和年 | 年 | 月 | 日 |
|------|---|---|-------|-----|---|---|---|

| | |
|------------|------|
| 本籍 (国籍) | 都道府県 |
|------------|------|

| | | |
|------|-----|-----|
| ふりがな | (氏) | (名) |
| 氏名 | | |
| 通称名 | | |

| | |
|----|---|
| 性別 | 男 |
| | 女 |

| | | | | |
|------|--------|---|---|---|
| 生年月日 | 大正昭和西暦 | 年 | 月 | 日 |
|------|--------|---|---|---|

| | | | |
|--------|------------------------------|-----|-------------------|
| 免許取扱資格 | 昭和年月 | 施行第 | 回理学療法士(作業療法士)試験合格 |
| | (上記試験以外により免許を受けた者にあっては、その資格) | | |

上記の理学療法士(作業療法士)免許証を(き損・亡失)したので、
関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

____年____月____日

| | | | |
|----|-------|----|-----|
| 住所 | 〒都道府県 | | |
| 氏名 | 印 | 電話 | () |

厚生労働大臣 殿

| | | |
|-----------|-------------|---------|
| 厚生労働省の受付印 | 都道府県の受付印 | 保健所の受付印 |
| | 都道府県 コード | |

様式第五号及び様式第六号中「年月」を「令和」に改める。
 (母子保健法施行規則の一部改正)
 様式第一号(一)及び様式第一号(二)を次のように改める。
 様式第一号(一)及び様式第一号(二)を次のように改める。
 (母子保健法施行規則(昭和四十年厚生省令第五十五号)の一部を次のように改正する。)

様式第一号(一)(第九条関係)

| 養育医療券(病院・診療所用) | | | | | | |
|----------------------|---------|----------------------|---|---|----|-------------|
| 公費負担者番号 | | | | | | 交付年月日 |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | 令和年月日 |
| 被保険者証等の記号及び番号 | | 保険者等の名称 | | | | |
| 受療者 | 氏名 | | | | | |
| | 生年月日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |
| 申請者 | 氏名 | | | | | |
| | 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 受療者と の続柄 |
| | 住所 | | | | 職業 | |
| 指定養育医療機関 (病院・診療所) | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| 診療予定期間 | 令和年月日から | 令和年月日まで | | | | |
| この券の有効期間 | 令和年月日から | 令和年月日まで | | | | |
| 上記のとおり決定する。 令和年月日 | | | | | | |
| 市町村長 氏 名印 | | | | | | |

(日本工業規格A4列5番)

様式第一号(二)(第九条関係)

| 養育医療券(薬局用) | | | | | | | | |
|----------------------|--------|-----------|----------------------|---|---|----|---------|-------|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | 交付年月日 |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | | | 令和年月日 |
| 被保険者証等の記号及び番号 | | | 保険者等の名称 | | | | | |
| 受療者 | | 氏名 | | | | | | |
| | | 生年月日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 男 | ・ |
| 申請者 | | 氏名 | | | | | | |
| | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 受療者との続柄 | |
| | | 住所 | | | | 職業 | | |
| 指定養育医療機関 | 薬局 | 名称 所在地 | | | | | | |
| | 病院・診療所 | 名称 所在地 | | | | | | |
| 調剤予定期間 | | 令和年月日から | 令和年月日まで | | | | | |
| この券の有効期間 | | 令和年月日から | 令和年月日まで | | | | | |
| 上記のとおり決定する。 令和年月日 | | | | | | | | |
| 市町村長 氏 名印 | | | | | | | | |

(日本工業規格A4列5番)

第三十六条 (戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則の一部改正)
 戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則(昭和四十一年厚生省令第二十二号)の一部を次のように改正する。
 様式第一号表面を次のように改める。

様式第一号

(表面)

| 戦傷病者等の妻に対する特別給付金請求書 | | | | | 2-28 | | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|------|----------------------------|------|---|---|--|--|--|
| 戦 傷 病 者 等 | フリガナ | (姓) | (名) | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | ①もと身分 | | | | | | | | | | |
| | ②退職時の本籍等 | 都道府県 | | | | | | | | | |
| | ③平成28年4月1日において受けたことがある一時金等の種別 | ※ 01 増加恩給 02 傷病年金 03 特例傷病恩給 04 傷病賜金 | 11 障害年金 12 障害一時金 31 旧令共済組合公務傷病年金 41 その他() | | | | | | | | |
| ④平成28年4月1日における障害の程度 | 項款 | 症症級 | 証書記号 | 番号 | | | | | | | |
| ⑤請求者 | フリガナ | (姓) | (名) | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 氏名 | 個人番号 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | 都道府県 | | | | | | | | |
| | これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けたか受けないかの別 | | | | ※ 1 受けた 2 受けない | | | | | | |
| ⑥これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けた場合 | | | | | | | | | | | |
| 第 回特別給付金国庫債券 号 | 裁定通知書 記号番号 | 第 号 | 請求当時の住所 | 都道府県 | 市区町村 | | | | | | |
| ⑦平成28年4月1日において欠格事由(裏面7参照)に該当するか | ※ 1 該当する 2 該当しない | | | | | | | | | | |
| ⑧被相続人等 | フリガナ | (姓) | (名) | 死年月日 | 1 平成 2 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | (姓) | (名) | 区分 | ※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | | | | | | |
| | 氏名 | 住所 | 〒 | 都道府県 | | | | | | | |
| 国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名 | | | | | | | | | | | |
| ⑩国債の償還金の希望支払場所 | 名 称 | 所在地 | | | 都道府県 | 市区町村 | | | | | |
| 上記により、「戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | 電話 | | | | | | |
| 厚生労働大臣 殿 裁判都道府県知事 | | | | | 氏名 | | | | | | |
| (市区町村使用欄) | | | | | | | | | | | |
| 国債交付取扱店名 | | | | | | | | | | | |

様式第二号及び様式第三号中「平成」を「令和」に改める。

様式第一号の二表面を次のように改める。

様式第一号の二

(表面)

| 戦傷病者等の妻に対する特別給付金請求書 | | | | | 2-13 | | | |
|--|---------------|------|---------|-------------------------------------|--|-----------|---|---|
| 戦 傷 病 者 等 | フリガナ | | | 生年 月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 | | | |
| | 氏名 | (姓) | (名) | | 年 | 月 | | |
| | ①もとの身分 | | | | 死年 月日 | 1 平成 2 令和 | 年 | 月 |
| | ②退職時の本籍等 | 都道府県 | | | | | | |
| ③受けたいた年金等又は受けたことがある一時金等の種別 | | | | ※ 01 増加恩給 02 傷病年金 03 特例傷病恩給 04 傷病賜金 | 11 障害年金 12 障害一時金 31 旧令共済組合公務傷病年金 41 その他() | | | |
| ④請求者 | フリガナ | | | 生年 月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 | | | |
| | 氏名 | (姓) | (名) | | 年 | 月 | | |
| | 住 所 | 〒 | 都道府県 | 個人番号 | | | | |
| これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けたか受けないかの別 | | | | ※ 1 受けた 2 受けない | | | | |
| ⑤これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けた場合 | | | | | | | | |
| 第 回特別給付金国庫債券 号 | 裁定通知書 記号番号 | 第 号 | 請求当時の住所 | 都道府県 | 市町村 | | | |
| ⑥欠格事由(裏面6参照)に該当するか | | | | ※ 1 該当する 2 該当しない | | | | |
| ⑦被相続人等 | フリガナ | | | 死年 月日 | 1 平成 2 令和 | | | |
| | 氏名 | (姓) | (名) | | 年 | 月 | | |
| | 住 所 | 〒 | 都道府県 | ※ 区分 | 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | | | |
| 国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名 | | | | | | | | |
| ⑨国債の償還金の希望支払場所 | 名 称 | | | 所在地 | 都道府県 | 市町村 | | |
| 上記により、「戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | 電話 _____ | | | | |
| 厚生労働大臣 殿 裁判都道府県知事 | | | | 氏名 | (印) | | | |

(市区町村使用欄)

| | |
|----------|--|
| 国債交付取扱店名 | |
|----------|--|

(労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則の一部改正)
三十七条 労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則(昭

様式第一号及び様式第二号中「平成」を「令和」に改める。
様式第五号（第一面）を次のように改める。

卷之三

(徐氏第3号) (第1面)

※当該計画の対象となっている事業所については、「番号」の

※当該計画及び当該計画の期間における労働者の増加数等が分かる書類を添付してください。

労働契約法（平成9年法律第128号）第11条第1項に規定する有期労働契約以外の労働契約を締結していること。短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律（平成5年法律第16号）第2条に規定する短時間労働者でないこと。

㉕ ㉖-1欄の数又は㉖-2欄の数のいずれか少ない数

㊶ ③の旨(画)の対象になつてゐる事業所における新規雇用労働者(雇用保険一般被保険者に限る。)の合計数(ただし、③欄の数が上限)。

㊱ ㊱の数から㊱の数を排除した数のうち、㊱の数の4倍に達するまでの数。

㊱ ㊱の数から㊱の数を排除した数

※(8)編、(9)編、(10)～(22)編及(23)～(25)編

労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則第8条に基づき、雇用促進計画を提出いたします。

個人事業主氏名又は
法人名(代表者氏名)
所 在 地
担当者名及び連絡先

「計画終了時刻」は、労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則別則第8条に基づき、雇用促進計画の達成状況について記載した書類を提出いたします。

個人事業主氏名又は
法人名(代表者氏名)

(所在地・担当者名及び連絡先
担当署名及び連絡先

| | | | |
|-----------------------|------------------------------------|--------|------------------|
| 社会保険 労務 裁査 欄 | 作成年月日・提出代行者・ 事務代理人の表示 記 記 | 氏 名 | 電 話 番 号 |
| 社会保険 労務 裁査 欄 | 作成年月日・提出代行者・ 事務代理人の表示 記 記 | 氏 名 | 電 話 番 号 |

計画開始時受付印

卷之三

※受付公共職業安定所

計画終了時確認用

第三十八条 (戦没者の父母等に対する特別給付金支給法施行規則の一部改正)
 戦没者の父母等に対する特別給付金支給法施行規則(昭和四十二年厚生省令第二十二号)の一部を次のように改正する。
 様式第一号表面を次のように改める。

様式第一号 (第1条関係)
(表面)

| 戦没者の父母等に対する特別給付金請求書 | | | | | 3-03 | |
|--|-----------------------------------|--|--|---|------|--|
| 戦没者等 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日 | | |
| | もとの身分 | | 死年月日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 | | |
| | 除籍時の本籍等 | | | | | |
| 請求者 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日 | | |
| | フリガナ 住 所 | | 戦没者等との続柄 | | | |
| | 個人番号 | | | | | |
| 被相続人 | フリガナ 氏名 | | 死亡年月日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 | | |
| | フリガナ 住 所 | | 戦没者等との続柄 | | | |
| | フリガナ 氏名 | | 区分 | ※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | | |
| 代理人等 | フリガナ 住 所 | | | | | |
| | 国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名 | | | | | |
| | 国債受領希望取扱店名 | | | | | |
| フリガナ | | | | | | |
| 国債の償還金の希望支払場所 | | | | | | |
| 戦没者の父母等 が受けている 給付の種別 | ※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金 | 12 特例遺族年金 21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金 | 32 邮政省共済組合殉職年金 33 国鉄共済組合殉職年金 34 日本電信電話公社共済組合殉職年金 | | | |
| 受けていない場合 はその理由 | | | | | | |
| 遺族国庫債券(弔慰金)を受けた者がいるかないかの別 | ※ 1 いる 2 いない | 受けた者の氏名及び戦没者等との続柄 | | | | |
| 上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | 電話 _____ | | | |
| 厚生労働大臣 知事 | | | 氏名 _____ 印 _____ 殿 | | | |

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

様式第一号の二（第1条関係）
(表面)

様式第一号の二表面を次のように改める。

| 戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（継続） | | | | | 3-05 |
|--|---|----------|----------|--|------|
| 戦 没 者 等 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日 | |
| | もとの身分 | | 死年月日 | ※1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 | |
| | 除籍時の 本籍等 | | | | |
| 請 求 者 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日 | |
| | | | 戦没者等との続柄 | | |
| | フリガナ 住 所 | | | | |
| 個人番号 | | | | | |
| 被 相 続 人 | フリガナ 氏名 | | 死年月日 | ※1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 | |
| | | 戦没者等との続柄 | | | |
| 代理 人 等 | フリガナ 氏名 | | 区分 | ※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | |
| | フリガナ 住 所 | | | | |
| 国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名 | | | | | |
| 国債受領希望取扱店名 | | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| 国債の償還金の希望支払場所 | | | | | |
| 戦没者の父母等 が受けている 給付の種別 | ※01 公務扶助料 12 特例遺族年金 32 郵政省共済組合殉職年金 02 特例扶助料 21 遺族給与金 33 国鉄共済組合殉職年金 11 遺族年金 22 特例遺族給与金 34 日本電信電話公社共済組合 31 旧令共済組合殉職年金 殉職年金 | | | | |
| 受けていない場合 はその理由 | | | | | |
| 第三回特別給付金国庫債 券（額面金額10万円）を 受けたか受けないかの別 | ※1 受けた（号） | 請求当時の住所 | 都道府県 | 市区町村 | |
| | 2 受けない | その理由 | | | |
| 上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | 電話 | | |
| | | | 氏名 | (印) | |
| 厚生労働大臣 知事 | | | 殿 | | |

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

様式第一号の三 (第1条関係)
(表面)

| 戦没者の父母等に対する特別給付金請求書 (再継続) | | | | | 3-07 |
|--|--|-------------------|--------------|--|------|
| 戦 没 者 等 | フリガナ 氏名 | | 生年 月 日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年月日 |
| | もとの身分 | | 死年 月 日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 | 年月日 |
| | 除籍時の 本籍等 | | | | |
| 請 求 者 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 | 年月日 |
| | フリガナ 住所 | 戦没者等との続柄 | | | |
| | 個人番号 | | | | |
| 被 相 続 人 | フリガナ 氏名 | | 死年月日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 | 年月日 |
| | 戦没者等との続柄 | | | | |
| 代理 人 等 | フリガナ 氏名 | | 区分 | ※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | |
| | フリガナ 住所 | | | | |
| 国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名 | | | | | |
| 国債受領希望取扱店名 | | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| 国債の償還金の希望支払場所 | | | | | |
| 戦没者の父母等 が受けている 給付の種別 | ※ 01 公務扶助料 12 特例遺族年金 32 郵政省共済組合殉職年金 02 特例扶助料 21 遺族給与金 33 国鉄共済組合殉職年金 11 遺族年金 22 特例遺族給与金 34 日本電信電話公社共済組合 31 旧令共済組合殉職年金 殉職年金 | | | | |
| 受けていない場合 はその理由 | | | | | |
| 第五回特別給付金国庫債券(額面金額30万円)を 受けたか受けないかの別 | | ※ 1 受けた(号)請求当時の住所 | 都道府県 | | 市区町村 |
| | | 2 受けない | その理由 | | |
| 上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | 電話 | | |
| 厚生労働大臣 知事 | | | 氏名 ㊞ 殿 | | |

様式第一号の三表面を次のように改める。

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

様式第一号の四 (第1条関係)
(表面)

様式第一号の四表面を次のように改める。

| | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|---|--|------|
| 戦没者の父母等に対する特別給付金請求書 (再々継続) | | | | | | 3-09 |
| 戦 没 者 等 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日 | | |
| | もとの身分 | | 死年月日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 | | |
| | 除籍時の 本籍等 | | | | | |
| 請 求 者 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日 | | |
| | フリガナ 住所 | 戦没者等との続柄 | | | | |
| | 個人番号 | | | | | |
| 被相 続 人 | フリガナ 氏名 | | 死年月日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 | | |
| | | 戦没者等との続柄 | | | | |
| | フリガナ 氏名 | | 区分 | ※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | | |
| 代理人等 | フリガナ 住所 | | | | | |
| | 国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名 | | | | | |
| | 国債受領希望取扱店名 | | | | | |
| フリガナ | | | | | | |
| 国債の償還金の希望支払場所 | | | | | | |
| 戦没者の父母等 が受けている 給付の種別 | ※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金 | 12 特例遺族年金 21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金 | 32 郵政省共済組合殉職年金 33 国鉄共済組合殉職年金 34 日本電信電話公社共済組合 殉職年金 | | | |
| | 受けていない場合 | | | | | |
| | 第七回特別給付金国庫債券(額面金額60万円)を受けたか受けないかの別 | ※ 1 受けた(号) 2 受けない | 請求当時の住所 その理由 | 都道府県 市区町村 | | |
| 上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | 電話----- | | | |
| 厚生労働大臣 知事 | | | 氏名 _____ ㊞ | | | |
| 殿 | | | | | | |

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

様式第一号の五（第1条関係） (表面)

様式第一号の五表面を次のように改める。

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

様式第一号の六（第1条関係）
(表面)

様式第一号の六表面を次のように改める。

| 戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（5回目継続） | | | | | 3-16 | |
|---|---|---|---|--|------------------|------|
| 戦 没 者 等 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 年月日 | | |
| | もとの身分 | | 死年月日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 年月日 | | |
| | 除籍時の本籍等 | | | | | |
| 請 求 者 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年月日 | | |
| | | | 戦没者等との続柄 | | | |
| | フリガナ 住所 | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | |
| 被相続人 | フリガナ 氏名 | | 死亡年月日 | | 1 平成 2 令和 年月日 | |
| | | 戦没者等との続柄 | | | | |
| 代理人等 | フリガナ 氏名 | | 区分 | ※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | | |
| | フリガナ 住所 | | | | | |
| 国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名 | | | | | | |
| 国債受領希望取扱店名 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | |
| 国債の償還金の希望支払場所 | | | | | | |
| 戦没者の父母等が受けてい る給付の有無及び受けてい る場合の給付の種別 | ※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金 12 特例遺族年金 90 受けていない | 21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金 32 郵政省共済組合殉職年金 | 33 日本鉄道共済組合殉職年金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 | | | |
| | 第十四回特別給付金国庫債券（額面金額75万円）を受 けたか受けないかの別 | | | ※ 1 受けた 2 受けない | | |
| | 上記国庫債券を受けた場合 | | | | | |
| | 裁定通知書の記号及び番号 | 親E裁定号 | 国債の記号 | 号 | 請求当時の住所 | |
| | | | | | 都道府県 | 市区町村 |
| | 上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | 電話 | | | |
| 厚生労働大臣 知事 | | | 氏名 印 | | | |
| | | | 殿 | | | |

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

様式第一号の七 (第1条関係)
(表面)

様式第一号の七表面を次のように改める。

| 戦没者の父母等に対する特別給付金請求書 (6回目継続) | | | | | 3-19 | |
|--|--|-------|----------------|--|--------|---|
| 戦 没 者 等 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年月日 | |
| | もとの身分 | | 死年月日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 | 年月日 | |
| | 除籍時の 本籍等 | | | | | |
| 請 求 者 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 | 年月日 | |
| | 戦没者等との続柄 | | | | | 元 |
| | フリガナ 住所 | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | |
| 被相続人 | フリガナ 氏名 | | 死亡年月日 | 1 平成 2 令和 | 年月日 | |
| | 戦没者等との続柄 | | | | | |
| 代理人等 | フリガナ 氏名 | | 区分 | ※ 1 代理人 3 成年後見人等 | 2 親権者等 | |
| | フリガナ 住所 | | | | | |
| | 裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。 | | | | | |
| 国債の受領を市区町村長に委任した場合は その市区町村長名 | | | | | | |
| 国債受領希望取扱店名 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | |
| 国債の償還金の希望支払場所 | | | | | | |
| 戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種別 | ※ 01 公務扶助料 21 遺族給与金 33 日本鉄道共済組合殉職年金 02 特例扶助料 22 特例遺族給与金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 11 遺族年金 31 旧令共済組合殉職年金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 12 特例遺族年金 32 郵政省共済組合殉職年金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 90 受けていない | | | | | |
| 第十六回特別給付金国庫債券(額面金額90万円)を受けたか受けないかの別 | | | ※ 1 受けた 2 受けない | | | |
| 上記国庫債券を受けた場合 | | | | | | |
| 裁判通知書の記号及び番号 | 親F裁判号 | 国債の記号 | 号 | 請求当時の住所 | | |
| | | | | 都道府県 | 市区町村 | |
| 上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | 電話 | | | |
| 氏名 印 | | | | | | |
| 厚生労働大臣 知事 殿 | | | | | | |

様式第一号の八(第1条関係)

(表面)

様式第一号の八表面を次のように改める。

| 戦没者の父母等に対する特別給付金請求書(7回目継続) | | | | | 3-21 | |
|--|---|---|--------------------------------------|--|------------------|--|
| 戦 没 者 等 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年月日 | |
| | ①もとの身分 | | 死亡年月日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 | 年月日 | |
| | ②除籍時の本籍等 | | | | | |
| ③請求者 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 | 年月日 | |
| | | | | 戦没者等との続柄 | | |
| | フリガナ 住所 | | | | 〒 | |
| 個人番号 | | | | | | |
| ④被相続人 | フリガナ 氏名 | | 死亡年月日 | | 1 平成 2 令和 年月日 | |
| | | | 戦没者等との続柄 | | | |
| ⑤代理人等 | フリガナ 氏名 | | 区分 | ※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | | |
| | フリガナ 住所 | | | 〒 | | |
| 国債の受領を市区町村長に委任した場合は その市区町村長名 | | | | | | |
| ⑥国債受領希望取扱店名 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | |
| ⑦国債の償還金の希望支払場所 | | | | | | |
| 戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種別 | ※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金 12 特例遺族年金 90 受けていない | 21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金 32 郵政省共済組合殉職年金 | 33 日本鉄道共済組合殉職年金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 | | | |
| 第十九回特別給付金国庫債券(額面金額100万円)を受けたか受けないかの別 | | | | ※ 1 受けた 2 受けない | | |
| 上記国庫債券を受けた場合 | | | | | | |
| 裁判通知書の記号及び番号 | 親G裁判号 | 国債の記号 | 号 | 請求当時の住所 | | |
| | | | | 都道府県 | 市区町村 | |
| 上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | 電話 | | |
| | | | | 氏名 | ㊞ | |
| 厚生労働大臣 知事 | | | | 殿 | | |

様式第一号の九（第1条関係）

(表面)

様式第一号の九表面を次のように改める。

| 戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（8回目継続） | | | | | 3-24 |
|--|--|----------------|----------|--|------|
| 戦没者等 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年月日 |
| | ①もとの身分 | | 死年月日 | ※ 1 昭和 2 平成 3 令和 | 年月日 |
| | ②除籍時の本籍等 | | | | |
| ③請求者 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | ※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 | 年月日 |
| | | | 戦没者等との続柄 | | |
| | フリガナ 住所 | | | | |
| 個人番号 | | | | | |
| ④被相続人 | フリガナ 氏名 | | 死亡年月日 | 1 平成 2 令和 | 年月日 |
| | | | 戦没者等との続柄 | | |
| ⑤代理人等 | フリガナ 氏名 | | 区分 | ※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | |
| | フリガナ 住所 | | | | |
| | 国債の受領を市区町村長に委任した場合は その市区町村長名 | | | | |
| ⑥国債受領希望取扱店名 | | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| ⑦国債の償還金の希望支払場所 | | | | | |
| 戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種別 | ※ 01 公務扶助料 21 遺族給与金 33 日本鉄道共済組合殉職年金 02 特例扶助料 22 特例遺族給与金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 11 遺族年金 31 旧令共済組合殉職年金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 12 特例遺族年金 32 郵政省共済組合殉職年金 90 受けていない | | | | |
| 第二十一回特別給付金国庫債券（額面金額100万円）を受けたか受けないかの別 | | ※ 1 受けた 2 受けない | | | |
| 上記国庫債券を受けた場合 | | | | | |
| 裁判通知書の記号及び番号 | 親H裁判号 | 国債の記号 | 号 | 請求当時の住所 | |
| | | | | 都道府県 | 市区町村 |
| 上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | 電話 | | |
| 氏名 印 | | | | | |
| 厚生労働大臣 知事 殿 | | | | | |

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

様式第一号の十（第1条関係）

(表面)

| 戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（9回目継続） | | | | | | 3-26 |
|--|--------------------|--|---|----------------------|---|--------------|
| 戦 没 者 等 | フリガナ 氏名 | (姓) | (名) | 生年月日 | ※ 1 2 3 明治 大正 昭和 年月日 | |
| | ①もとの身分 | | | 死年月日 | ※ 1 2 3 昭和 平成 令和 年月日 | |
| | ②除籍時の本籍等 | 都道府県 | | | | |
| ③請求者 | フリガナ 氏名 | (姓) | (名) | 生年月日 | ※ 1 2 3 4 5 明治 大正 昭和 平成 令和 年月日 | |
| | 戦没者等との続柄 | | | | | |
| 住 所 | 〒 | 都道府県 | | | | |
| 個人番号 | | | | | | |
| ④被相続人 | フリガナ 氏名 | (姓) | (名) | 死亡年月日 | 1 平成 2 令和 年月日 | |
| | 戦没者等との続柄 | | | | | |
| ⑤代理人等 | フリガナ 氏名 | (姓) | (名) | 区分 | ※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等 | |
| | 住 所 | 〒 | 都道府県 | | | |
| （裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。） | 国債の受領を委任する市区町長等の名称 | | | ⑥国債交付取扱店名 | | |
| ⑦国債の償還金の希望支払場所 | 名称 | | | | 所在地 | 都道府県 市区町村 |
| 戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種別 | | ※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金 12 特例遺族年金 21 遺族給与金 90 受けていない | 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金 32 郵政省共済組合殉職年金 33 日本鉄道共済組合殉職年金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 | | | |
| 第二十四回特別給付金国庫債券（額面金額100万円）を受けたか受けないかの別 | | | | ※ 1 受けた 2 受けない | | |
| 上記国庫債券を受けた場合 | | | | | | |
| 記号及び番号 第 | 親I裁定号 | 国債の記号 | 号 | 請求当時の住所 | | |
| | | | | 都道府県 市区町村 | | |
| 上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 電話 _____ | | | | | | |
| 氏名 _____ ㊞ | | | | | | |
| 厚生労働大臣 殿 | | | | | | |
| 裁定都道府県知事 | | | | | | |

様式第一号の十表面を次のように改める。

様式第十号（表中「平成」を「令和」に改める。）

様式第9号（第14条関係）

事務所増設許可申請書

| | | |
|---|-------|----------------------|
| ①社会保険労務士登録番号 | | 第 号 |
| ②既設の事務所 | 所在場所 | |
| | 名称 | |
| | 登録年月日 | 昭和 年 月 日 平成 令和 |
| ③増設予定の事務所 | 所在場所 | |
| | 名称 | |
| ④事務所の増設を必要とする事由 | | |
| ⑤参考事項 | | |
| <p>私は、上記により事務所を増設したいので、事務所増設の許可を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 印</p> <p>都道府県労働局長 殿</p> | | |

（注意）⑤については、既設・増設予定事務所の従業者の氏名、職務その他参考事項を記入すること。

備考 用紙の大きさは、A4とする。

（社会保険労務士法施行規則の一部改正）
第三十九条 社会保険労務士法施行規則（昭和四十三年厚生省令第一号）の一部を次のように改正する。

様式第四号、様式第五号及び様式第五号の二中「平成」を「令和」に改める。
様式第九号を次のように改正する。

（職業能力開発促進法施行規則の一部改正）
第四十条 職業能力開発促進法施行規則（昭和四十四年労働省令第二十四号）の一部を次のように改定する。
様式第十二号の七及び様式第十二号の八を次のように改める。

様式第十二号の七（第四十八条の十六関係）

キャリアコンサルタント登録申請書

キャリアコンサルタントの登録を受けたいので、職業能力開発促進法施行規則第 48 条の 16 第 2 項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

| | | | | | |
|------------|--|----------------------|----------|------|--|
| フリガナ | | | | 生年月日 | 1. 大正 2. 昭和 年 月 日 3. 平成 4. 令和 |
| 氏名 | | | | 性別 | 1.男 2.女 |
| 勤務先 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | 郵便番号 () 都道 府県 | 電話番号 () | | |
| 自宅住所 | | 郵便番号 () 都道 府県 | 電話番号 () | | |
| 試験に合格した年月日 | | | 試験合格証書番号 | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> 成年被後見人又は被保佐人 <input type="checkbox"/> 職業能力開発促進法（昭和 44 年法律第 64 号。以下「法」という。）又は法に基づく命令に違反し、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から 2 年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法又は法に基づく命令以外の法令に違反し、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から 2 年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法第 30 条の 22 第 2 項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から 2 年を経過しない者 | | | | |

厚生労働大臣

年 月 日

殿

指定登録機関代表者

氏名

印

| | |
|------------------------|--|
| 収入印紙 (消印しない こと。) | |
|------------------------|--|

又は領収証書を貼ること。

注意

- 該当する□は、☑と記入すること。
- この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書を貼ること。
- 指定登録機関が行うキャリアコンサルタントの登録を受けようとする場合には、所定の手続により手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 用紙の大きさは、A4 とすること。
- この申請書には、キャリアコンサルタント試験の合格証の写し（試験に合格した年月日から 5 年を経過した日以降に登録申請を行う場合は、キャリアコンサルタント試験の合格証の写し及び講習の修了証又はこれに代わるべき書面）を添えること。

様式第十二号の八（第四十八条の十八関係）

キャリアコンサルタント登録更新申請書

キャリアコンサルタントの登録の更新を受けたいので、職業能力開発促進法施行規則第48条の18の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

| | | | | | |
|-----------|--|----------------------|----------|------|-------------|
| フリガナ | | | | 生年月日 | 1. 大正 |
| 氏名 | | | | | 2. 昭和 年 月 日 |
| 勤務先 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | 郵便番号 () 都道 府県 | 電話番号 () | | |
| 自宅住所 | | 郵便番号 () 都道 府県 | 電話番号 () | | |
| 登録年月日 | | | 登録番号 | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> 成年被後見人又は被保佐人 <input type="checkbox"/> 職業能力開発促進法（昭和44年法律第64号。以下「法」という。）又は法に基づく命令に違反し、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法又は法に基づく命令以外の法令に違反し、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から2年を経過しない者 <input type="checkbox"/> 法第30条の22第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から2年を経過しない者 | | | | |
| 厚生労働大臣 殿 | | | 年 月 日 | | |
| 指定登録機関代表者 | | | 氏名 | 印 | |

注意

- 該当する□は、□と記入すること。
- 用紙の大きさは、A4とすること。
- この申請書には、講習の修了証又はこれに代わるべき書面を添えること。

| | | |
|----------|-------|--|
| 厚生労働省記入欄 | 登録番号 | |
| | 登録年月日 | |

| |
|---------------------------|
| 受入印紙欄 (受入印紙は消印しないで下さい) |
|---------------------------|

(視能訓練士法施行規則の一部改正)
第四十一条 視能訓練士法施行規則(昭和四十六年厚生省令第二十八号)の一部を次のように改める。
 様式第一号及び様式第二号を次のように改める。
様式第一号(第一条の三関係)

| | |
|--------|--|
| 受験地コード | |
| 受験番号 | |

視能訓練士免許申請書

| | | | | | |
|----|---|---|----|---|---|
| 平成 | 年 | 月 | 施行 | 第 | 回 |
|----|---|---|----|---|---|

視能訓練士国家試験合格

受験地

1～4の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無 _____

2. 視能訓練士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無 _____

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無 _____

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無 _____

上記により、視能訓練士免許を申請します。

_____年_____月_____日

| | |
|------------|------|
| 本籍 (国籍) | 都道府県 |
|------------|------|

| | |
|----|-----------|
| 住所 | 〒 都道府県 |
| 電話 | () |

| | | | |
|--------------------|-----|-----|---|
| ふりがな 氏名 (旧姓) | (氏) | (名) | 印 |
| 通称名 | | | |

| | |
|----|---|
| 性別 | 男 |
| | 女 |

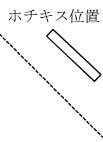
| | |
|------------------------------|------------------|
| 生年月日 昭和 平成 令和 西暦 | 和 年 月 日 |
|------------------------------|------------------|

厚生労働大臣 殿

| | | |
|-----------|-------------|---------|
| 厚生労働省の受付印 | 都道府県の受付印 | 保健所の受付印 |
| | 都道府県 コード | |

| | | | |
|----------|--------------|--|--|
| 厚生労働省記入欄 | 登録番号 | | |
| | 訂正書換え 年月日 | | |

受入印紙欄
(受入印紙は消印しないで下さい)



様式第二号

(第三条、

第五条関係)

視能訓練士名簿訂正・免許証書換え交付申請書

| | | | | | | | |
|------|---|---|-------|---------|---|---|---|
| 登録番号 | 第 | 号 | 登録年月日 | 昭和 年 | 年 | 月 | 日 |
|------|---|---|-------|---------|---|---|---|

変更を生じた事項

| | 変更前 | | 変更後(第1回) | | 変更後(第2回) | |
|---------|----------------|-----|----------|-----|----------|-----|
| コード番号 | | | | | | |
| 本籍(国籍) | 都道府県 | | 都道府県 | | 都道府県 | |
| ふりがな | (氏) | (名) | (氏) | (名) | (氏) | (名) |
| 氏名 | | | | | | |
| | (旧姓) | | (旧姓) | | (旧姓) | |
| 旧姓併記の希望 | | | | 有・無 | 有・無 | |
| 通称名 | | | | | | |
| 生年月日 | 大昭平令西 正和成和暦 | 年 | 月 | 年 | 月 | 日 |
| 性別 | 男・女 | | 男・女 | | | |
| 変更の事由 | | | | | | |

上記により、視能訓練士名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

____年____月____日

| | |
|----|-----------|
| 住所 | 〒 都道府県 |
| 氏名 | 電話 () |

厚生労働大臣 殿

| | | |
|-----------|-------------|---------|
| 厚生労働省の受付印 | 都道府県の受付印 | 保健所の受付印 |
| | 都道府県 コード | |

様式第五号中
「令部」を
「令書」に改める。

ホチキス位置
様式第四号を次のように改める。
様式第四号
(第六条関係)

| | | | | | | | | | | | |
|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 厚生労働省記入欄 | 登録番号 | | | | | | | | | | |
| | 再交付年月日 | | | | | | | | | | |

収入印紙欄
(収入印紙は消印しないで下さい)

視能訓練士免許証再交付申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----------|---|---|---|
| 登録番号 | 第 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 号 | 登録年月日 | 昭和 平令 | 年 | 月 | 日 |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----------|---|---|---|

| | |
|------------|------|
| 本籍 (国籍) | 都道府県 |
|------------|------|

| | | |
|------|------|-----|
| ふりがな | (氏) | (名) |
| 氏名 | | |
| | (旧姓) | |
| 通称名 | | |

| | |
|----|---|
| 性別 | 男 |
| | 女 |

| | | | | |
|------|----------------------|---|---|---|
| 生年月日 | 大正 昭和 平成 西暦 | 年 | 月 | 日 |
|------|----------------------|---|---|---|

| | | | | | | |
|------------------------------|----------------|---|---|-----|---|-----------|
| 免許取扱資格 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 施行第 | 回 | 視能訓練士試験合格 |
| (上記試験以外により免許を受けた者にあっては、その資格) | | | | | | |

上記の視能訓練士免許証を（き損・亡失）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

年 月 日

| | | | |
|----|--------|----|-----|
| 住所 | 〒 都道府県 | | |
| 氏名 | 印 | 電話 | () |

厚生労働大臣 殿

| | | |
|-----------|-------------|---------|
| 厚生労働省の受付印 | 都道府県の受付印 | 保健所の受付印 |
| | 都道府県 コード | |
| | | |

第四十二条
 (高齢者等の雇用の安定等に関する法律施行規則の一部改正
 高齢者等の雇用の安定等に関する法律施行規則の一部改正
 様式第一号中「長寿」を「令和」に改める。
 様式第二号を次のように改める。
 (昭和四十六年労働省令第二十四号)の一部を次のように改正する。

様式第2号

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------|------|
| 公共職業安定所コード番号 | | | | | | | | | |
| (公共職業安定所で記入すること) | | | | | | | | | |
| 高齢者雇用状況報告書 | | | | | | | | | |
| (正) | | | | | | | | | |
| 高齢者等の雇用の安定等に関する法律施行規則第33条第1項の規定により、令和 年6月1日現在の状況を下記のとおり報告します。 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 事 業 業 事 業 種 類 の | ①(フリガナ) 名称(法人の場合) 又は 氏名(個人事業の場合) | | ②(フリガナ) 代表者氏名 (法人の場合) | | | | | | |
| | ③住所 (法人にあっては主たる事業所の所在地) | | 〒() 電話番号() FAX番号() | | | | | | |
| 定 年 制 の 状 況 | ④産業分類番号 | | 事業の具体的な内容 () | | | | | | |
| | ⑤労働組合の有無 | | ⑥雇用保険適用事業所番号 | | | | | | |
| ⑦定年 | | □イ 定年なし □ロ 定年あり(定年年齢____歳) | | | | | | | |
| ⑧定年の改定予定等 | | □イ 改定予定あり(令和____年____月より____歳) □ロ 廃止予定あり(令和____年____月に廃止) □ハ 改定又は廃止を検討中 □ニ 改定・廃止予定なし | | | | | | | |
| 継 続 雇 用 制 度 の 状 況 | ⑨継続雇用制度 | | □イ 就業規則等で継続雇用制度を定めている →a継続雇用先 (□イ)自社 □ロ親会社・子会社等(以下「子会社等」という) □ハ関連会社等 →b対象 →□イ希望者全員を対象(____歳まで雇用 更に基準に該当する者を____歳まで雇用 基準の根拠(□a)労使協定を締結して就業規則等に反映 □b)労使協定を締結せず就業規則等のみ) (注) 高齢者等の雇用の安定等に関する法律の一部を改正する法律(平成24年法律第78号。以下「改正法」という。)に規定する経過措置に基づく対象者を限定する基準が有る企業は(イ)に記入 →□ロ基準に該当する者を対象(____歳まで雇用 基準の根拠(□a)労使協定を締結して就業規則等に反映 □b)労使協定を締結せず就業規則等のみ) □ロ 制度として導入していない(運用により継続雇用を行う場合を含む) | | | | | | |
| | ⑩継続雇用制度の導入・改定予定 | | □イ 継続雇用制度の導入・改定予定あり(令和____年____月より) →内容(□イ)経過措置の基準の廃止 □ロ新規導入 □ハ上限年齢の引上げ □ニその他 □ロ 継続雇用制度の導入・改定を検討中 □ハ 継続雇用制度の導入・改定予定なし | | | | | | |
| ⑪66歳以上まで働ける制度等(定年の廃止・引上げ等を除く)の状況 | | □イ 自社又は子会社等で会社の実情に応じ会社が必要と認める者等を66歳以上まで働ける制度を就業規則等に定めている →(□イ)該当する者を____歳まで雇用 □ロ上限年齢を規定していない □ロ 上記イの制度を就業規則等に定めていない →(□イ)導入予定あり □ロ検討中 □ハ66歳以上まで雇用する慣行がある □ニ予定なし | | | | | | | |
| ⑫常用労働者数(うち女性) | 総数 | | ~44歳 | 45~49歳 | 50~54歳 | 55~59歳 | 60~64歳 | 65~69歳 | 70歳~ |
| | 人(人) | | 人(人) | 人(人) | 人(人) | 人(人) | 人(人) | 人(人) | 人(人) |
| ⑬過去1年間の離職者の状況(うち女性) | | 解雇等による45歳以上65歳未満の離職者数____人(うち女性____人) うち求職活動支援書を作成した対象者数____人(うち女性____人) | | | | | | | |
| ⑭過去1年間の定年到達者等の状況(うち女性) | | (a) 定年到達者の総数 (b) + (c) + (e)) | (b) 定年退職者数 (継続雇用を希望しない者) | (c) 継続雇用者数 | (d) うち子会社等・関連会社等での継続雇用者数 | (e) 定年退職者数 (継続雇用を希望したが継続雇用されなかつた者) | (f) 継続雇用の終了による離職者数 | | |
| (うち女性) | | 人(人) | 人(人) | 人(人) | 人(人) | 人(人) | 人(人) | | |
| ⑮過去1年間の改正法に規定する経過措置に基づく継続雇用の対象者に係る基準の適用状況(うち女性) | | (a) 基準を適用できる年齢に到達した者の総数 (b) + (c) + (d)) | (b) 継続雇用終了者数(継続雇用の更新を希望しない者) | (c) 継続雇用者数(基準に該当し引き継ぎ継続雇用された者) | (d) 継続雇用終了者数(基準に該当しない者) | | | | |
| (うち女性) | | 人(人) | 人(人) | 人(人) | 人(人) | | | | |
| 高年齢者雇用推進者 | 役職 | 氏名 | 記入担当者 | 所属及び役職 | | 氏名 | | | |

※事業主は、高齢者等の雇用の安定等に関する法律(昭和46年法律第68号)に基づき、毎年、高齢者の雇用に関する状況を報告しなければならないこととされています。(提出期限毎年7月15日)

（労働安全衛生規則の一部改正）
第四十三条 労働安全衛生規則（昭和四十七年労働省令第三十二号）の一部を次のように改正する。様式第三号を次のように改める。

様式第3号（第2条、第4条、第7条、第13条関係）（表面）

總括安全衛生管理者・安全管理者・衛生管理者・産業医選任報告

年 月 日

事業者職氏名

勞動基準監督署長殿

印

受付印

様式第3号（第2条、第4条、第7条、第13条関係）（裏面）

備考

- 1 □□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学的文字・イメージ読取装置（OCR）で直接読み取りを行うので、この用紙は汚したり、穴を開けたり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記入すべき事項のない欄及び記入枠は、空欄のままですること。
- 3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、枠からはみ出さないように大きめの漢字、カタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入すること。
なお、濁点及び半濁点は同一の記入枠に「ガ」「パ」等と記入すること。
- 4 二人以上の選任報告を行う場合に「総ページ」の欄は、報告の総合計枚数を記入し、「ページ」の欄は総枚数のうち当該用紙が何枚目かを記入すること。
なお、2枚目以降は、「事業場の名称」、「事業の種類」、「事業場の所在地」、「電話番号」、「労働者数」、「坑内労働又は有害業務（労働基準法施行規則第18条各号に掲げる業務）に従事する労働者数」、「坑内労働又は労働基準法施行規則第18条第1号、第3号から第5号まで若しくは第9号に掲げる業務に従事する労働者数」及び「産業医の場合は、労働安全衛生規則第13条第1項第2号に掲げる業務に従事する労働者数」の欄は、記入を要しないこと。
- 5 「事業の種類」の欄は、総括安全衛生管理者の場合は労働安全衛生法施行令第2条各号に掲げる業種を、安全管理者の場合は同条第1号又は第2号に掲げる業種を、衛生管理者又は産業医の場合は日本標準産業分類の中分類により記入すること。
- 6 「電話番号」の欄は、市外局番、市内局番及び番号をそれぞれ「-」（ダッシュ）で区切り記入すること。

別表

| 種別 | コード | 種別 | コード |
|--|-----|--|-----|
| 労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識についての研修であつて厚生労働大臣の指定する者（法人に限る。）が行うものを修了した者 | 1 | 大学において労働衛生に関する科目を担当する教授、准教授又は講師の職にあり又はあつた者 | 4 |
| 産業医の養成等を行うことを目的とする医学の正規の課程を設置している産業医科大学その他の大学であつて厚生労働大臣が指定するものにおいて当該課程を修めて卒業した者であつて、その大学が行う実習を履修したもの | 2 | 労働安全衛生規則第14条第2項第5号に規定する者 | 5 |
| 労働衛生コンサルタントで試験区分が保健衛生である者 | 3 | 平成8年10月1日以前に厚生労働大臣が定める研修の受講を開始し、これを修了した者 | 6 |
| | | 上のいずれにも該当しないが、平成10年9月30日において産業医としての経験年数が3年以上である者 | 7 |

- 7 「安全管理者又は衛生管理者の場合は担当すべき職務」の欄は、安全管理者又は衛生管理者ごとに職務区分が分かれている場合はその分担を記入すること。
- 8 「総括安全衛生管理者又は安全管理者の場合は経歴の概要」の欄は、総括安全衛生管理者又は安全管理者の資格に関する学歴、職歴、勤務年数等を記入すること。
- 9 「産業医の場合は医籍番号等」の種別は、別表に掲げる種別の区分に応じて該当コードを記入すること。
- 10 「参考事項」の欄は、次のとおりとすること。
 - (1) 初めて総括安全衛生管理者、安全管理者、衛生管理者又は産業医を選任した場合は「新規選任」と記入すること。
 - (2) 安全管理者選任報告にあつては、労働安全衛生規則第4条第1項第3号に規定する事業場である場合は「指定事業場」と記入すること。
 - (3) 産業医選任報告にあつては、産業医の専門科名及び開業している場合はその旨を記入すること。
- 11 安全管理者選任報告の場合（労働安全衛生規則第5条第2号に掲げる者を選任した場合を除く。）は、同条第1号の研修その他所定の研修を修了した者であること又は平成18年10月1日において安全管理者としての経験年数が2年以上であることを証する書面（又は写し）を、衛生管理者選任報告の場合は、衛生管理者免許証の写し又は資格を証する書面（又は写し）を、産業医選任報告の場合は、医師免許証の写し及び別表コード1から7までのいずれかに該当することを証明する書面（又は写し）を、添付すること。
- 12 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。

様式第6号(第52条関係)(表面)

定期健康診斷結果報告書

80311

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 労働 保険 番号 | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 都道府県 | □□□□□□□□□□□□□□□□ | 所掌 | □□□□□□□□□□□□□□□□ | 管轄 | □□□□□□□□□□□□□□□□ | 基幹番号 | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ | □□□□□□□□□□□□□□□□ |

| | | | | | | | |
|---------|--------------------------------|--------------------------|-------|--|-------------------|--|--|
| 対象年 | 7: 平成 9: 令和 → 1~9年は右↑ | 元号 年 (月～月分) (報告回目) | 健診年月日 | 7: 平成 9: 令和 → 1~9年は右↑1~9月は右↑1~9月は右↑ | 元号 年 月 日 | | |
| 事業の種類 | | | | 事業場の名称 | | | |
| 事業場の所在地 | 郵便番号() | | | 電話() | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|---------|---|---------|--------|-------------------------|---|---------|---|---------|---|---------|
| 健康診断実施機関の名称 | | | | 在籍労働者数 | □□□□□□□□人 右に詰めて記入する↑ | | | | | | |
| 健康診断実施機関の所在地 | | | | 受診労働者数 | □□□□□□□□人 右に詰めて記入する↑ | | | | | | |
| (※) 労働安全衛生規則第13条第1項第2号に掲げる業務に従事する労働者数(右に詰めて記入する) | | | | | | | | | | | |
| イ | □□□□□□人 | ロ | □□□□□□人 | ハ | □□□□□□人 | ニ | □□□□□□人 | ホ | □□□□□□人 | メ | □□□□□□人 |
| ～ | □□□□□□人 | ト | □□□□□□人 | チ | □□□□□□人 | リ | □□□□□□人 | ヌ | □□□□□□人 | ミ | □□□□□□人 |
| ル | □□□□□□人 | ラ | □□□□□□人 | ワ | □□□□□□人 | カ | □□□□□□人 | カ | □□□□□□人 | シ | □□□□□□人 |
| | 計 | | | | | | | | | | □□□□□□人 |

| | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 健 康 診 断 項 目 | 実施者数 | 有所見者数 | | 実施者数 | 有所見者数 | |
| | 聴力検査(オージオメーターによる検査)(1000Hz) | □□□□□□人 | □□□□□□人 | 肝機能検査 | □□□□□□人 | □□□□□□人 |
| | 聴力検査(オージオメーターによる検査)(4000Hz) | □□□□□□人 | □□□□□□人 | 血中脂質検査 | □□□□□□人 | □□□□□□人 |
| | 聴力検査(その他の方法による検査) | □□□□□□人 | □□□□□□人 | 血糖検査 | □□□□□□人 | □□□□□□人 |
| | 胸部エックス線検査 | □□□□□□人 | □□□□□□人 | 尿検査(糖) | □□□□□□人 | □□□□□□人 |
| | かくたん 咳痰検査 | □□□□□□人 | □□□□□□人 | 尿検査(蛋白) | □□□□□□人 | □□□□□□人 |
| | 血 壓 | □□□□□□人 | □□□□□□人 | 心電図検査 | □□□□□□人 | □□□□□□人 |
| | 貧 血 検 査 | □□□□□□人 | □□□□□□人 | | | |
| 所見のあつた者の人数 | □□□□□□人 | 医師の指示人数 | □□□□□□人 | 歯科健診 | □□□□□□人 | 実施者数 |
| | | | | | | 有所見者数 |

| | | | | |
|-----|----------------|--|--|---|
| 産業医 | 氏名 | | | 印 |
| | 所属医療機関の名称及び所在地 | | | |

年 月 日

事業者職氏名

勞動基準監督署長殿

受付印

印

(12) 様式第七号、様式第八号(1)一頁、同様式(2)一頁、同様式(3)一頁
一頁並びに様式第十号中「平成」を「平成・令和」に改める。

様式第六号の二（表面）を次のように改める。

折り曲げる場合は、(▲)の所を谷に折り曲げる」と

様式第6号の2(第52条の21関係)(表面)

心理的な負担の程度を把握するための検査結果等報告書

| | | | | | | | | | | |
|-------------|-------------------|------|----|---------|--------|-------------------|----------|---------|---------|--|
| 80501 | 労働 保険 番号 | 都道府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号 | 被一括事業場番号 | | | |
| 対象年 | 7:平成 9:令和 → | 元号 | 年 | 年分 | 検査実施年月 | 7:平成 9:令和 → | 元号 | 年 | 月 | |
| | | | | 1~9年は右↑ | | | | 1~9年は右↑ | 1~9月は右↑ | |
| 事業の 種類 | | | | | | 事業場の名称 | | | | |
| 事業場の 所在地 | 郵便番号() | | | | | 電話 | () | | | |

| 在籍労働者数 | □□□□□人 右に詰めて記入する↑ |
|---------------|--|
| 検査を実施した者 | <input type="checkbox"/> 1:事業場選任の産業医 2:事業場所属の医師(1以外の医師に限る。)、 保健師、歯科医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師 3:外部委託先の医師、保健師、歯科医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師 |
| 面接指導を実施した医師 | <input type="checkbox"/> 1:事業場選任の産業医 2:事業場所属の医師(1以外の医師に限る。) 3:外部委託先の医師 |
| 集団ごとの分析の実施の有無 | <input type="checkbox"/> 1:検査結果の集団ごとの分析を行った 2:検査結果の集団ごとの分析を行っていない |

| | | |
|-----|--------------------|---|
| 産業医 | 氏名 | 印 |
| | 所属医療機関の 名称及び所在地 | 印 |

年 月 日

事業者職氏名

勞動基準監督署長殿

受付印

印

様式第12号(第66条の3、第67条関係) (表面)

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| 帳票種別 | | (免許・免許証再交付)申請書 (免許証書替・免許更新) | | 写真欄(24mm×30mm) 写真は、申請前6月以内に撮影した上三分身、正面、脱帽のものとし、写真の裏面に氏名を記入し、写真欄のシールを取り、はり付けること。 | |
| 84001 | | ①申請の区分 1.新規交付 2.再交付 3.書替 4.更新 数字↑ | | ②新規に申請する免許の種類 ・新規に免許を申請する者のみ記入すること。 裏面備考8を参照。 | |
| フリガナ (姓) | | (名) | | 性別 男・女 | |
| 申請者氏名 | | | | | |
| 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生 | | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| 住所 〒(一) | | | | 電話 () | |
| 勤務先等連絡先 | | 勤務先等の連絡先在地 〒(一) | | 電話 () | |
| ③氏名(姓をカタカナで記入すること。) | | ④氏名(名をカタカナで記入すること。) | | | |
| ⑤郵便番号 〒(一) | | ⑥生年月日 年 月 日 | | ⑦性別 1.男 2.大 3.昭 4.平 5.昭 6.大 7.平 8.令 9.令 数字↑ 1~9年は右 1~9月は右 1~9日は右 数字↑ | |
| ⑧住所地 〒(一) | | ⑨送付先希望 0.住所と同じ 1.住所を異なる 数字↑ | | 裏面備考10 を参照。 | |
| フリガナ | | 電話 () | | | |
| 送付先 裏面備考11を参照。 | | ⑩試験を受けた地域の番号 1.北海道 5.近畿 9.中国・四国 2.東北 6.中部 10.九州 3.関東 7.沖縄 4.中部 数字↑ | | ⑪試験年月日 年 月 日 1~9年は右 1~9月は右 1~9日は右 | |
| ⑪新規交付申請 試験合格による申請 | | ⑫受験番号(右につめて記入すること。) | | | |
| ⑫新規交付申請 試験免除による申請 | | ⑬資格取得年月日 年 月 日 1~9年は右 1~9月は右 1~9日は右 | | ⑭資格一※ コド | |
| ⑬再交付申請 再交付の理由 | | ⑮再理一※ コド | | | |
| ⑭書替申請 フリガナ | | ⑯書理一※ コド | | | |
| ⑮変更前の氏名 | | ⑰ボイラー溶接士 免許有効期限 年 月 日 1~9年は右 1~9月は右 1~9日は右 | | ※印の欄は記入しないこと。 (職員が記入) | |
| ⑯更新申請 令和 年 月 日まで | | ⑱更新不可※ コド | | | |
| ・新様式免許証(昭和63年10月1日以降に交付した免許証をいう。)を取得している者は、その免許証の番号を記入すること。 | | | | | |
| ⑲免許の種類 1.有 数字↑ | | ⑲免許証の番号(右につめて記入すること。) | | ⑳前年度ド コド | |
| ⑲交付局 2.無 数字↑ | | ⑲免許証の番号(右につめて記入すること。) | | 昭和 年 月 日 1~9年は右 1~9月は右 1~9日は右 | |
| ・①、②又は③の申請が、旧様式免許証(昭和63年10月1日前に交付した免許証をいう。)である場合は、次の事項を記入すること。 | | | | | |
| ⑳免許の種類 1.有 数字↑ | | ⑳免許証の番号(右につめて記入すること。) | | ㉑別人物ド コド | |
| ⑳交付局 2.無 数字↑ | | ⑳免許証の番号(右につめて記入すること。) | | ㉒氏名イメージ ※ | |
| ㉓他の旧様式免許証の有無 1.有 数字↑ | | | | | |
| ㉔裏面備考8 を参照。 | | | | | |
| ㉕裏面備考9 を参照。 | | | | | |
| ㉖クレーン 移デリック 揚貨装置 (玉掛) 特ボイラ 二ボイラ 普ボイラ 整備 ボイラ溶接 ガス溶接 林業架線 発破技士 電気発破 衛生管理 衛生工学 高圧室内 潜水士 エックス線 ガンマ線 | | | | | |
| ㉗(受付印) | | | | | |
| ㉘労働局長殿 令和 年 月 日 | | | | | |

様式第十二号(表面)を次のように改める。

折り曲げる場合は、の所を谷に曲げること。

※印の欄は記入しないこと。
(職員が記入)

様式第13号(第67条の2関係)

免許取消申請書

写真欄(24mm×30mm)備考3を参照。

様式第十三号を次のように改める。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|--------|--------|------|-------|---|----------|--------|-------|-------|------|------|----------|-------|------|-------|-------|------|------|-----|-------|-------|---------------|
| フリガナ | (姓) | | (名) | | 性別 | 写真は、申請前6月以内に撮影した上三分身、正面、脱帽のものとし、写真的裏面に氏名を記入し、貼り付けること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | | 年 | 月 | 日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒(一) | | | | | 電話() | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先等連絡先 | | | 勤務先等の地 | 連絡先在 | 〒(一) | 電話() | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先備考4を参照。 | 〒(一) | | | | | 電話() | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている免許の種類(全て○で囲むこと) | クレーン | 移動クレーン | (デリック) | 揚貨装置 | (玉掛け) | 特ボイラ | 二ボイラ | 特ボイラ溶接 | ボイラ溶接 | 特一圧作業 | ガス溶接 | ガス架線 | 発破 | 導火線発破 | 電気発破 | 一衛生管理 | 二衛生管理 | 衛生工学 | 高圧室内 | 潜水士 | エックス線 | ガソルマ線 | (免許に付されている条件) |
| 取消しを申請する免許の種類(全て○で囲むこと) | クレーン | 移動クレーン | (デリック) | 揚貨装置 | (玉掛け) | 特ボイラ | 二ボイラ | 特ボイラ溶接 | ボイラ溶接 | 特一圧作業 | ガス溶接 | ガス架線 | 発破 | 導火線発破 | 電気発破 | 一衛生管理 | 二衛生管理 | 衛生工学 | 高圧室内 | 潜水士 | エックス線 | ガソルマ線 | (備考5を参照。) |
| ・新様式免許証(昭和63年10月1日以降に交付した免許証をいう。)を取得している者は、その免許証の番号を記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・取消しを申請する免許に係る免許証が、旧様式免許証(昭和63年9月30日以前に交付した免許証をいう。)である場合は、次の事項を記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 免許の種類 (「取消しを申請する免許の種類」の欄の略称を記載) | | | | 交付局 | | | 免許証の番号 | | | | | | 交付年月日 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | □□□□□□□□ | | | | | | 昭和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | □□□□□□□□ | | | | | | 昭和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | □□□□□□□□ | | | | | | 昭和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | □□□□□□□□ | | | | | | 昭和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | □□□□□□□□ | | | | | | 昭和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | □□□□□□□□ | | | | | | 昭和 年 月 日 | | | | | | | | | | |

【備考】

- 記載すべき事項のない欄は、空欄のままでし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 「申請者氏名」、「生年月日」及び「住所」の欄に記入した事実を証する書面を添付すること。
- 現に受けている全ての免許の取消しを申請する場合は、写真的貼付を要しないこと。
- 免許証等を送付する先が住所と異なる場合に記入すること。
- 平成18年3月31日以前に受けたクレーン運転士免許又はデリック運転士免許の取消しを申請する場合は、「クレ・デリ」を選択した上で、この欄に取消しを申請する免許の種類を記入すること。

(受付印)

労働局長殿

令和 年 月 日

様式第「十印の」廿「平成」や「令和」に沿ふ。
 様式第「十印の」廿「平成」を「令和」に沿ふ。
 様式第「十印の」廿「平成」を「令和」に沿ふ。
 様式第「十印の」廿「平成」を「令和」に沿ふ。

82002

様式第21号の7(第95条の6関係) (表面)

有害物ばく露作業報告書

～～～～～
 ～～～～～
 総べべべべ
 ～～～～～

□□ / □□

| | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|-------------------|-----------|------------|-----------|---------------------------|---|
| 労働保険番号 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | 事業場の名称 | | | |
| 事業の種類 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | 郵便番号() | | | |
| 名稱 | 労働者数 | 人 | 事業場の所在地 | 電話() | | | |
| ばく露作業報告対象物の名稱 | | | | 対象年 | 9: 令和 | 元号 | 年 |
| 対象物等の途 | ばく露作業の種類 | 対象物等の名称 | 年間製造・取扱い量 | 1日当たりの作業時間 | ばく露作業従事者数 | 発散抑制措置の状況 (右に詰めて記入する。) | |
| 1 | □□ | □□ (50の場合は具体的に) | □ | □ | □ | □□ (5の場合は具体的に) | |
| 2 | □□ | □□ (50の場合は具体的に) | □ | □ | □ | □□ (5の場合は具体的に) | |
| 3 | □□ | □□ (50の場合は具体的に) | □ | □ | □ | □□ (5の場合は具体的に) | |
| 4 | □□ | □□ (50の場合は具体的に) | □ | □ | □ | □□ (5の場合は具体的に) | |
| 5 | □□ | □□ (50の場合は具体的に) | □ | □ | □ | □□ (5の場合は具体的に) | |
| 6 | □□ | □□ (50の場合は具体的に) | □ | □ | □ | □□ (5の場合は具体的に) | |
| 7 | □□ | □□ (50の場合は具体的に) | □ | □ | □ | □□ (5の場合は具体的に) | |
| 8 | □□ | □□ (50の場合は具体的に) | □ | □ | □ | □□ (5の場合は具体的に) | |

年 月 日
事業者職氏名
労働基準監督署長殿

受付印

印

■ 様式第23号(第97条関係) (表面)

労働者死傷病報告

様式第二十三号(表面)を次のように改める。

| | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|--|----------------------------|---------------------|------------------------------|--|-------------------------------------|---------------|----------------|-------------------------|--|
| 労働保険番号(建設業の工事に従事する下請人の労働者が被災した場合、元請人の労働保険番号を記入すること。) | | | | | | | | | | 事業の種類 | |
| 8 1 0 0 1 | | [都道府県] [所掌] [管轄] [基幹番号] [枝番号] [被一括事業場番号] | | | | | | | | | |
| 事業場の名称(建設業にあつては工事名を併記のこと。) | | | | | | | | | | | |
| カナ | | | | | | | | | | | |
| 漢字 | | | | | | | | | | | |
| 工事名 | | | | | | | | | | | |
| 職員記入欄 派遣先の事業の 労働保険番号 | | [都道府県] [所掌] [管轄] [基幹番号] [枝番号] [被一括事業場番号] | 派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場の郵便番号 | | | | | | | | |
| 事業場の所在地 | | | | | | | | | | | |
| 電話 () | | | | | | 構内下請事業の場合は親事業場の名称、 建設業の場合は元方事業場の名称 | | | | | |
| 郵便番号 | 労働者数 | | 発生日時 (時間は24時間表記とすること。) | | 派遣労働者が被災した場合 は、派遣先の事業場の名称 | | 派遣元 | | | | |
| [] - [] | | [] [] [] [] [] [] 人 | | 7: 平成 9: 令和 → | | [] [] [] [] [] [] | | [] [] | | | |
| 被災労働者の氏名(姓と名の間は1文字空けること。) | | | | | | | | | | | |
| カナ | | | | | | 生年月日 | | | 性別 | | |
| 漢字 | | | | | | 1:明治 2:大正 3:昭和 4:平成 5:令和 6:平成 7:昭和 8:大正 9:明治 | [] [] [] [] [] [] [] [] [] | ()歳 | 男 [] 女 [] | | |
| 休業見込期間又は死亡日時(死亡の場合は死亡欄に○) | | | | 傷病名 | | 傷病部位 | | 被災地の場所 | | | |
| 休業見込 | [いすれかに○] 月 週 日 | 死亡 | 死亡日時 | | | | | | | | |
| 災害発生状況及び原因 ①どのような場所で ②どのような作業をしているときに ③どのような物又は環境に ④どのような不安全な又は有害な状態があつて ⑤どのような災害が発生したかを詳細に記入すること。 | | | | | | | | | | | |
| 略図(発生時の状況を図示すること。) | | | | | | | | | | | |
| ----- 労働者が外国人である場合のみ記入すること。 ----- | | | | | | | | | | | |
| 国籍・地域 | | 在留資格 | | 国籍・地域コード | | 在留資格コード | | | | | |
| () () | | | | [] [] | | [] [] | | | | | |
| 報告書作成者 職 氏 名 | | 起因物 | | 店舗コード | | 業種分類 | | | | | |
| | | 事故の型 | | 発注者種類 | | 事業場等区分 | | 業務上疾病 | | (1) (2) (3) | |
| | | [] [] | | [] [] | | [] [] [] [] | | 1:該当 2:非該当 | | [] [] [] [] [] [] | |

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受付印

第四十四条 有機溶剤中毒予防規則の一部改正

四十四条 有機溶剤中毒予防規則（昭和四十七年労働省令第三十六号）の一部を次のように改正する様式第三号の二（表四）を次のように改める。

様式第3号の2(第30条の3関係) (表面)

有機溶劑等健康診斷結果報告書

8 0 3 0 2

標準字体

ページ 総ページ

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|---|--------------------------------|--|--------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---|--------------------------------|---------------|-------------------|
| 労働保 険番号 | [都道府県] [所掌] [管轄] 基幹番号 枝番号 被一括事業場番号 | | | | | | | | | | | | 在籍労 働者数 | 人 |
| 事業場 の名称 | | | | | | | | | | | | | 事業の 種類 | |
| 事業場の 所在地 | 郵便番号 () | | | | | | | | | | | | 電話 () | |
| 対象年 | 元号 年 7:平成 9:令和 → [] [] [] | | | | (月～月分) (報告回目) | | | | 健診年月日 | | 元号 年 7:平成 9:令和 → [] [] [] [] [] [] | | | |
| 健康診断実施 機関の名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康診断実施 機関の所在地 | | | | | | | | | | | | | 受診労働者数 | [] [] [] [] 人 |
| 有機溶剤 業務名 | 有機溶剤業務コード [] [] [] | | | | 具体的業務内容 () | | | | | | | | 従事労働者数 | [] [] [] 人 |
| | 実施者数 | | 有所見者数 | | | 実施者数 | | 有所見者数 | | 作業条件の 調査人数 | | | | |
| 他覚 所見 | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | 肝機能 検査 | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | | | |
| 腎機能 検査 | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | 眼底 検査 | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | 所見のあった者 の人数(他覚所見 のみを除く。) | [] [] [] 人 | |
| 貧血 検査 | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | 神経内科 学的検査 | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | 医師の 指示人数 | [] [] [] 人 | |
| 代 謝 物 の 検 査 | 有機溶剤 の名称等 | | 有機溶剤コード 検査内容コード [] [] [] | | 有機溶剤コード 検査内容コード [] [] [] | | 有機溶剤コード 検査内容コード [] [] [] | | 有機溶剤コード 検査内容コード [] [] [] | | 有機溶剤コード 検査内容コード [] [] [] | | | |
| | 実施者数 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | | |
| | 分布 | 1 | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | | |
| | | 2 | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | | |
| | | 3 | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | [] [] [] 人 | | | |
| 産業医 | 氏名 | | | | | | | | | | | | 印 | |
| | 所属医療機関の 名称及び所在地 | | | | | | | | | | | | | |

年 月 日

事業者職氏名

勞動基準監督署長殿

受付印

自

■ 様式第3号(第55条関係) (表面)

鉛健康診断結果報告書

80303

標準字体
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 ページ 総ページ
 □ / □

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|-------|---|--------------------|----------------------------|-------|--------|------------------|---------------------|-------|------------|-------|---|--|
| 労働保 険番号 | □□□□□□□□□□ 都道府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 被一括事業場番号 | | | | | | | | | | 在籍労 働者数 | 人 | | |
| 事業場 の名称 | | | | | | | | | | | 事業の 種類 | | | |
| 事業場の 所在地 | 郵便番号 () 電話 () | | | | | | | | | | | | | |
| 対象年 | 7: 平成 9: 令和 → | □□□ | 年 | (月～月分) | | | (報告回目) | 健診年月日 | 7: 平成 9: 令和 → | □□□□□ | 年 | 月 | 日 | |
| 健康診断実施 機関の名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康診断実施 機関の所在地 | | | | | | | | | | | 受診労働者数 | □□□□人 | | |
| 鉛業務名 | 鉛業務コード □□ | | | 具体的業務内容 □□□ () | | | | | | | 従事労働者数 | □□□□人 | | |
| 実施者数 | | | | 有所見者数 | 作業条件の調査人数 | | | | | | | | | |
| 他覚 所見 | □□□□人 | | | □□□□人 | □□□□人 | | | | | | | | | |
| 貧血 検査 | □□□□人 | | | □□□□人 | 所見のあった者的人数 (他覚所見のみを除く。) | | | | | | | □□□□人 | | |
| 神経学的 検査 | □□□□人 | | | □□□□人 | 医師の指示人数 | | | | | | | □□□□人 | | |
| 血液中の鉛の量 | | | | 尿中のデルタアミノレブリン酸の量 | | | | 赤血球中のプロトポルフィリンの量 | | | | | | |
| 実施者数 | □□□□人 | | | □□□□人 | □□□□人 | | | | | | | | | |
| 分 布 | 1 | □□□□人 | | | □□□□人 | □□□□人 | | | | | | | | |
| | 2 | □□□□人 | | | □□□□人 | □□□□人 | | | | | | | | |
| | 3 | □□□□人 | | | □□□□人 | □□□□人 | | | | | | | | |
| 産業 医 | 氏名 印 所属医療機関の 名称及び所在地 | | | | | | | | | | | | | |

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

印

受付印

■ (鉛中毒予防規則の一部改正)
 第四十五条 鉛中毒予防規則(昭和四十七年労働省令第三十七号)の一部を次のように改める。
 様式第三号(表面)を次のように改める。
 (鉛中毒予防規則の一部改正)
 鉛中毒予防規則(昭和四十七年労働省令第三十七号)の一部を次のように改正する。

■ 様式第3号(第24条関係) (表面)

四アルキル鉛健康診断結果報告書

80304

標準字体

| | | | | | | | | | |
|-----|---|------|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| ページ | / | 総ページ | | | | | | | |

| | | | |
|-------------|---|------------|---|
| 労働保 險番号 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ 〔都道府県〕〔所掌〕〔管轄〕〔基幹番号〕〔枝番号〕〔被一括事業場番号〕 | 在籍労 働者数 | 人 |
| 事業場 の名称 | 事業の 種類 | | |
| 事業場の 所在地 | 郵便番号 () 電話 () | | |

| | | | | | |
|-----|---------------------------|------------------------|-------|---------------------------|----------------|
| 対象年 | 元号 7: 平成 9: 令和 → | 年 □□□ (月～月分) (報告回目) | 健診年月日 | 元号 7: 平成 9: 令和 → | 年 □□□ (月) 日 |
|-----|---------------------------|------------------------|-------|---------------------------|----------------|

| | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|
| 健康診断実施 機関の名称 | | | | | |
| 健康診断実施 機関の所在地 | | | | | |

| 項目 | 四アルキル鉛等 業務の種別 | 四アルキル鉛等 業務コード | 具体的業務内容 () | 四アルキル鉛等 業務コード | 四アルキル鉛等 業務コード | 具体的業務内容 () |
|---------------------------------|--------------------------|------------------|----------------|------------------|------------------|----------------|
| 従事労働者数 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 |
| 受診労働者数 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 |
| 四アルキル鉛 等による有所 見者数 | 四アルキル鉛等業務へ の就業を禁止された者 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 |
| | その他 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 | □□□□人 |
| 検 査 項 目 別 内 訳 | 実施者数 | 有所見者数 | 実施者数 | 有所見者数 | 実施者数 | 有所見者数 |
| 神経症状又は精神症状 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 血 压 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 血 液 | 貧 血 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 尿 | 好塩基点赤血球数 コブロボルフィリン | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

| | | |
|-----|--------------------------|-----|
| 産業医 | 氏名 所属医療機関の 名称及び所在地 | (印) |
|-----|--------------------------|-----|

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

(印)

受付印

■ 第四十六條 (四アルキル鉛中毒予防規則の一部改正)
四アルキル鉛中毒予防規則(昭和四十七年労働省令第三十八号)の一部を次のように改正する。
様式第三号(表面)を次のように改める。

■ (高気圧作業安全衛生規則の一部改正)
第四十八條 高気圧作業安全衛生規則(昭和四十七年労働省令第四十号)の一部を次のように改正する。
 様式第二号(表面)を次のように改める。

様式第2号(第40条関係)(表面)

高気圧業務健康診断結果報告書

80306

標準字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|---|-------|---|---------|---------------------|---|--|--|--------|-------|
| 労働保険番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <small>[都道府県] [所掌] [管轄] [基幹番号] [枝番号] [被一括事業場番号]</small> | | | | | | | | | | 在籍労働者数 | 人 |
| 事業場の名称 | | | | | | | | | | | 事業の種類 | |
| 事業場の所在地 | <small>郵便番号 ()</small> | | | | | | | | | | 電話 () | |
| 対象年 | 7: 平成 9: 令和 → | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 | (月～月分) (報告回目) | | | 健診年月日 | 7: 平成 9: 令和 → | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日 | | |
| 健康診断実施機関の名称 | | | | | | | | | | | | |
| 健康診断実施機関の所在地 | | | | | | | | | | | 精密健康診断 | 年 月 日 |
| 項目 | 高気圧業務の種別 | | 高気圧業務コード | | | 具体的業務内容 | | 高気圧業務コード | | 具体的業務内容 | | |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> | () | <input type="text"/> <input type="text"/> | () | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> | () | | | |
| 従事労働者数 | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人 | | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人 | | | | |
| 受診労働者数 | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人 | | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人 | | | | |
| 上記のうち精密健康診断を要するとされた者の数 | | | | | | 人 | | | | 人 | | |
| 精密健康診断実施者数 | | | | | | 人 | | | | 人 | | |
| 高気圧業務による有所見者数 | 高気圧業務への就業を禁止された者 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人 | | | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人 | | | | |
| | その他 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人 | | | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人 | | | | |
| 検査項目別内訳 | | | 実施者数 | 有所見者数 | | 実施者数 | 有所見者数 | | | | | |
| | 自覚症状又は他覚症状 | | 人 | 人 | | 人 | 人 | | | | | |
| | 骨 関 節 | | 人 | 人 | | 人 | 人 | | | | | |
| | 聴 器 | | 人 | 人 | | 人 | 人 | | | | | |
| | 循 環 器 | | 人 | 人 | | 人 | 人 | | | | | |
| | 呼 吸 器 | | 人 | 人 | | 人 | 人 | | | | | |
| 尿 | | 人 | 人 | | 人 | 人 | | | | | | |
| 産業医 | 氏名 | | | | | | | | | | 印 | |
| | 所属医療機関の名称及び所在地 | | | | | | | | | | | |

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

印

受付印



■ 第四十九条 (電離放射線障害防止規則の一部改正)
 様式第二号 (表面) 電離放射線障害防止規則 (昭和四十七年労働省令第四十一号) の一部を次のように改める。
 (電離放射線障害防止規則の一部改正) (表面) を次のように改める。

■ 様式第2号(第58条関係) (表面)

電離放射線健康診断結果報告書

標準字体
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------|--------|-----------------|----------------------------------|-------------|-------------|--|-----------------------------------|--------|--------|---|
| 帳票種別 | 80307 | | | 労働保険番号 | [都道府県] [所掌] [管轄] | 基幹番号 | 枝番号 | 被括事業場番号 | | | | |
| 対象年 | 7:平成 9:令和 [数字] [1~9年は右] | | | (月~月分) (報告回目) | | | 健診年月日 | 7:平成 9:令和 [数字] [1~9年は右] [1~9月は右] [1~9日は右] | | | | |
| 事業の種類 | | | | 事業場の名称 | | | | | | | | |
| 事業場の所在地 | 郵便番号 () 電話 () | | | | | | | | | | | |
| 健康診断実施機関の名称及び所在地 | | | | | | 在籍労働者数 | 人 | | | | | |
| 従事労働者数 | 男 人 | 女 人 | 計 人 | 線源の種類 | 線源コード □□ | 線源コード □□ | 線源コード □□ | | | | | |
| 有所見者数 (受診所見の内訳は裏面に記入すること。) | 男 人 | 女 人 | 計 人 | 具体的な内容 | () | | | | | | | |
| 実効線量による区分 | | | | 眼の水晶体の等価線量による区分 | | | | 皮膚の等価線量による区分 | | | | |
| 受診労働者数 | 1 5ミリシーベルト以下の者 | 男 人 | 女 人 | 人 | 45ミリシーベルト以下の者 | 男 人 | 女 人 | 人 | 150ミリシーベルト以下の者 | 男 人 | 女 人 | 人 |
| | | 計 人 | | | 計 人 | | | | 計 人 | | | |
| | 2 5ミリシーベルトを超える者 20ミリシーベルト以下の者 | 男 人 | 女 人 | 人 | 45ミリシーベルトを超える者 150ミリシーベルト以下の者 | 男 人 | 女 人 | 人 | 150ミリシーベルトを超える者 500ミリシーベルト以下の者 | 男 人 | 女 人 | 人 |
| | | 計 人 | | | 計 人 | | | | 計 人 | | | |
| 3 20ミリシーベルトを超える者 50ミリシーベルト以下の者 | 男 人 | 女 人 | 人 | 150ミリシーベルトを超える者 | 男 人 | 女 人 | 人 | 500ミリシーベルトを超える者 | 男 人 | 女 人 | 人 | |
| | 計 人 | | | 計 人 | | | | 計 人 | | | | |
| 4 50ミリシーベルトを超える者 | 男 人 | 女 人 | 人 | | | | | | | | | |
| | 計 人 | | | | | | | | | | | |

ページ
□ / 総ページ
□

| | | |
|-----|----------------------|---|
| 産業医 | 氏名 所属医療機関の名称及び所在地 | 印 |
|-----|----------------------|---|

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受付印
印

様式第2号の2(第58条関係)(表面)

標準字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

緊急時電離放射線健康診断結果報告書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------|--------|----------------|----------|--------------------|-----------------------------|--------|--------|----------|--------|--|
| 帳票種別 | 80314 | | | 労働保険番号 | 都道府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | | | 枝番号 | 被一括事業場番号 | | |
| 対象年 | 7:平成 9:令和 数字 | 元号 年 1~9年は右 | 年 月分 1~9年は右 | (報告回目) | | | 健診年月日 | 7:平成 9:令和 数字 | 元号 年 月 日 1~9年は右 | 1~9年は右 | 1~9年は右 | 1~9年は右 | | |
| 事業の種類 | | | | | | 事業場の名称 | | | | | | | | |
| 事業場の所在地 | | | 郵便番号() | | | 電話() | | | | | | | | |
| 健康診断実施機関の名称 | | | | | | 在籍労働者数 | | | 人 | | | | | |
| 健康診断実施機関の所在地 | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急作業従事労働者数 | | | 男 人 | 女 人 | 計 人 | 有所見者数 | 男 人 | 女 人 | 計 人 | 人 | | | | |
| 作業の場所 | | | | | | | 男 人 | 女 人 | 計 人 | 人 | | | | |
| 健康診断項目 | 実施者数 | | | 有所見者数 | | | ヘマトクリット値 | 実施者数 | | | 有所見者数 | | | |
| | 男 人 | 女 人 | 人 人 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | | 男 人 | 女 人 | 人 人 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | |
| | 白血球数 | 計 人 | | | 計 人 | | 計 人 | | | 計 人 | | 人 | | |
| | 白血球百分率 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | |
| | 赤血球数 | 計 人 | | | 計 人 | | 人 人 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | |
| 血色素量 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | 男 人 | 女 人 | 人 人 | | |
| ページ 総ページ □ / □ | | | 氏名 産業医 | | | 所属医療機関の名称及び所在地 | | | | | | 印 | | |

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長 殿

印

受付印

■ 様式第二号の二(表面)を次のように改める。

折り曲げる場合は()の所を谷に折り曲げること

様式第4号 (第59条の3関係)

緊急作業実施状況報告書 (外部線量・旬報)

 様式第三号中「令和」を「令哲」に改める。
 様式第四号を次のように改める。

| | | | |
|------------------------------|-------------------|----------------|--------------------|
| 事業場の名称 所 在 地 | (電話) | | |
| 在籍労働者数 | 人 | 緊急作業 従事者数 | 人 |
| 施 設 名 | | | |
| 関係請負人一覧 及び緊急作業従事 者数の概数 | 人 | | 人 |
| | 人 | | 人 |
| | 人 | | 人 |
| | 人 | | 人 |
| | 人 | | 人 |
| 対象期間 | 平成 令和 年 月 日 | ～ | 平成 令和 年 月 日分 |
| 外部線量区分 | 対象期間の 緊急作業従事者数 | 平成 令和 年 月 日 | 以降の累積の 緊急作業従事者数 |
| 50mSv を超え 100mSv 以下 | 人 | | 人 |
| 100mSv を超え 150mSv 以下 | 人 | | 人 |
| 150mSv を超え 200mSv 以下 | 人 | | 人 |
| 200mSv を超え 250mSv 以下 | 人 | | 人 |
| 250mSv を超えるもの | 人 | | 人 |
| 合 計 | | | |
| 平均外部線量 (mSv) | | | |
| 最高外部線量 (mSv) | | | |

令 和 年 月 日

事業者職氏名

印

厚生労働大臣 殿

【備考】

- 1 本報告は、緊急作業に従事する労働者の中、当該緊急作業で受けた外部線量が 1 年間につき 50mSv を超えるものについて、10 日ごとの外部線量について行うこと。
- 2 「関係請負人一覧及び緊急作業従事者数の概数」の欄には、関係請負人ごとの名称及び緊急作業に従事した労働者数を記入すること。欄が不足する場合には、別添として添付すること。
- 3 「対象期間」の欄には、緊急作業に従事する間、10 日分を対象期間とすること（提出は、当該対象期間の最後の日から 5 日を経過する日まで）。
- 4 「^{平成} 令和 年 月 日以降の累積の緊急作業従事者数」の欄の日付の空白部分には、当該緊急作業を開始した日を記入すること。また、同欄には、同日から対象期間の末日までの当該緊急作業に従事した労働者の累積数を記入すること。
- 5 「事業者職氏名」の欄は、氏名を記入し、押印することに代えて、署名することができる。

様式第5号（第59条の3関係）

緊急作業実施状況報告書（実効線量・月報）

様式第五号を次のように改める。

| | | | |
|------------------------------|-------------------|---|---|
| 事業場の名称 所 在 地 | (電話) | | |
| 在籍労働者数 | 人 | 緊急作業 従事者数 | 人 |
| 施 設 名 | | | |
| 関係請負人一覧 及び緊急作業従事 者数の概数 | | 人 | 人 |
| | | 人 | 人 |
| | | 人 | 人 |
| | | 人 | 人 |
| | | 人 | 人 |
| 対象期間 | 令 和 年 月分 | | |
| 実効線量区分 | 対象期間の 緊急作業従事者数 | 平成 令和 年 月 日 以降の累積の 緊急作業従事者数 | |
| 5 mSv 以下 | 人 | 人 | |
| 5 mSv を超え 20mSv 以下 | 人 | 人 | |
| 20mSv を超え 50mSv 以下 | 人 | 人 | |
| 50mSv を超え 100mSv 以下 | 人 | 人 | |
| 100mSv を超え 150mSv 以下 | 人 | 人 | |
| 150mSv を超え 200mSv 以下 | 人 | 人 | |
| 200mSv を超え 250mSv 以下 | 人 | 人 | |
| 250mSv を超えるもの | 人 | 人 | |
| 合 計 | | | |
| 平均実効線量 (mSv) | | | |
| 最高実効線量 (mSv) | | | |

令 和 年 月 日

事業者職氏名

印

厚生労働大臣 殿

【備考】

- 第五十条 本報告は、緊急作業に従事する労働者について、1か月ごとの実効線量について行うこと。
- 第五十一条 「関係請負人一覧及び緊急作業従事者数の概数」の欄には、関係請負人ごとの名称及び緊急作業に従事する労働者数を記入すること。欄が不足する場合には、別添として添付すること。
- 第五十二条 「対象期間」の欄は、緊急作業に従事する間、1か月分を対象期間とすること（提出は、当該対象期間とする月の翌月末日まで）。
- 第五十三条 「平成 年 月 日以降の累積の緊急作業従事者数」の欄の日付の空白部分には、当該緊急作業を開始した日を記入すること。また、同欄には、同日から対象期間の末日までの当該緊急作業に従事した労働者の累積数を記入すること。
- 第五十四条 「事業者職氏名」の欄は、氏名を記入し、押印することに代えて、署名することができる。

第五十条の二 労働安全衛生法及びこれに基づく命令に係る登録及び指定に関する省令の一部改正
第五十一条の二 労働安全衛生法及びこれに基づく命令に係る登録及び指定に関する省令の一部改正
第五十二条の二 「平成」を「令和」に改める。
第五十三条の二 「平成」を「令和」に改める。
第五十四条の二 「平成」を「令和」に改める。