

補 償 先 行 申 出 書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金
熊 本 県 支 部 長 様

所 属 _____

氏 名 _____ ㊦

下記の災害に関する損害については、加害者等が損害賠償を行うべきものですが、次の理由により地方公務員災害補償法による補償を先行してくださるよう申し出ます。

1 災害の状況

災害発生日	令和 年 月 日	災害発生場所	
加害者氏名		加 害 者 住 所	

2 補償先行申出の理由 (該当する□にチェックまたは理由の記載をして下さい)

- 加害者等に賠償能力がないため (加害者等の事実確認書及び加害者等の資力を証する資料を添付して下さい)
- 加害者が特定できない
- 加害者の所在が不明であるため、示談交渉ができない
- 被災職員に過失があり、かつ、治療費が自賠責の範囲を超えるため (交通事故の場合)
(過失割合=被災職員:相手方= : / 現在までの治療費総額 円)
- 同僚職員の職務行為による災害であるため
- その他 (理由を記入)

3 参 考

① 示談交渉の状況 (交渉を行っていない場合にはその理由を記入してください)

② 自賠責保険から、任意保険会社からの給付の状況 (自動車事故の場合)

③ 治療費の負担者及び負担額 (本人負担の場合には、領収書を保管しておいてください)

④ その他 (特記すべき事項がある場合に記入してください)