支部様式第２７号

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日　地方公務員災害補償基金京都府支部長　様　　　　　　　　　　　　　　　被災職員　所　　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名 　　　**補　償　先　行　申　出　書**　　　　　　年　　月　　日付けで認定を受けた（公務・通勤）災害に関しては、　加害者が損害賠償を行うべきものでありますが、下記理由により地方公務員災　　害補償法に基づく補償を行ってくださるよう申し出ます。　　なお、補償を受けた場合には、基金からその範囲において求償させる旨、加　　害者に対し通知済みであります。記 |
| 損害賠償義務者（加害者） |  　　　　　住所 　氏名 本　　人 |
|  　　　　　住所 　氏名 使用者 親権者等 |
| 補償先行を必要とする理 由 |  |
|  |
|  |
|  |
| 所属長確認 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 所　　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名 　 　  |

 （注）示談の状況、損害賠償義務者の収入・資産等弁済能力の状況、自賠責　　　　　　保険給付状況等、適宜参考資料を添付のこと。