

## 議案第20号

臨時代理の承認について

上記の議案を提出する。

令和4年4月22日

提出者 調布市教育委員会  
教育長 大和田 正 治

### 提案理由

押印を求める手続きの見直し等のための調布市教育委員会規則の整備に関する規則を教育長が臨時代理により処理したので、調布市教育委員会の権限委任等に関する規則第4条第2項に規定により、提案するものです。

## 臨時代理の承認について

別紙のとおり臨時代理により処理したので報告し，承認を求めます。

## 臨 時 代 理 に つ い て

調布市教育委員会の権限委任等に関する規則第4条第1項の規定により、  
押印を求める手続きの見直し等のための調布市教育委員会規則の整備に関  
する規則を次のとおり臨時代理により処理をする。

令和 4 年 3 月 3 1 日

調布市教育委員会

教育長 大和田 正 治

## 調布市教育委員会規則 3 号

押印を求める手続の見直し等のための調布市教育委員会規則の整備に関する規則

(調布市立学校学校医, 学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部改正)

第1条 調布市立学校学校医, 学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則(平成14年教育委員会規則第8号)の一部を次のように改正する。

第8条第2項を削る。

第1号様式中「」及び「」を削る。

第4号様式中「」を削る。

第4号様式の2から第4号様式の4の3までの規定中「」及び「」を削る。

第4号様式の4の4中「」を削る。

第4号様式の5中「」及び「」を削る。

第4号様式の5の2から第4号様式の7までの規定中「」及び「」を削る。

第5号様式から第7号様式までの規定中「」を削る。

第8号様式を次のように改める。

第8号様式 削除

第11号様式, 第12号様式, 第17号様式及び第18号様式中「」を削る。

(調布市教育委員会が所管する公の施設の指定管理者の指定の手続等に関する規則の一部改正)

第2条 調布市教育委員会が所管する公の施設の指定管理者の指定の手続等に関する規則(平成16年教育委員会規則第1号)の一部を次のように改正

する。

第1号様式中「㊟」を削る。

(調布市立学校職員の職務に専念する義務の免除に関する事務取扱規則の一部改正)

第3条 調布市立学校職員の職務に専念する義務の免除に関する事務取扱規則(昭和46年教育委員会規則第3号)の一部を次のように改正する。

別記様式中「職員印」を「申出者」に、「取扱者等認印」を「取扱者等」に改める。

(調布市文化財保護条例施行規則の一部改正)

第4条 調布市文化財保護条例施行規則(平成19年教育委員会規則第4号)の一部を次のように改正する。

第1号様式, 第8号様式, 第10号様式及び第21号様式中「㊟」を削る。

#### 附 則

この規則は, 令和4年4月1日から施行する。

調布市立学校学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部を改正する規則新旧対照表

改正後	改正前
<p>○調布市立学校学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則</p> <p style="text-align: right;">平成14年3月27日教育委員会規則第8号</p> <p style="text-align: center;">改正履歴 略</p> <p>(年金たる補償の支給請求の方法)</p> <p>第8条 傷病補償年金，障害補償年金又は遺族補償年金（以下「年金たる補償」という。）の支給を受けようとする者は，当該補償を受けるべき理由の生じた日の属する月の翌月以降，都条例第18条第3項の規定によるそれぞれの支払期月の前月の末日までに，年金支払請求書（第7号様式）を委員会に提出しなければならない。</p>	<p>○調布市立学校学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則</p> <p style="text-align: right;">平成14年3月27日教育委員会規則第8号</p> <p style="text-align: center;">改正履歴 略</p> <p>(年金たる補償の支給請求の方法)</p> <p>第8条 傷病補償年金，障害補償年金又は遺族補償年金（以下「年金たる補償」という。）の支給を受けようとする者は，当該補償を受けるべき理由の生じた日の属する月の翌月以降，都条例第18条第3項の規定によるそれぞれの支払期月の前月の末日までに，年金支払請求書（第7号様式）を委員会に提出しなければならない。</p>
<p><u>第1号様式</u>（第2条関係）</p> <p><u>第4号様式</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の2</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の3</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の4</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の4の2</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の4の3</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の4の4</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の5</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の5の2</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の5の3</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の6</u>（第4条関係）</p>	<p><u>第1号様式</u>（第2条関係）</p> <p><u>第4号様式</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の2</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の3</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の4</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の4の2</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の4の3</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の4の4</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の5</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の5の2</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の5の3</u>（第4条関係）</p> <p><u>第4号様式の6</u>（第4条関係）</p> <p><u>2 前項の請求書を最初に提出するときは，印鑑票（第8号様式）を添付しなければならない。</u></p>

改正後	改正前
<u>第4号様式の7</u> （第4条関係）	<u>第4号様式の7</u> （第4条関係）
<u>第5号様式</u> （第4条関係）	<u>第5号様式</u> （第4条関係）
<u>第6号様式</u> （第4条関係）	<u>第6号様式</u> （第4条関係）
<u>第7号様式</u> （第8条関係）	<u>第7号様式</u> （第8条関係）
<u>第8号様式</u> 削除	<u>第8号様式</u> （第8条関係）
<u>第11号様式</u> （第16条関係）	<u>第11号様式</u> （第16条関係）
<u>第12号様式</u> （第16条関係）	<u>第12号様式</u> （第16条関係）
<u>第17号様式</u> （第19条関係）	<u>第17号様式</u> （第19条関係）
<u>第18号様式</u> （第19条関係）	<u>第18号様式</u> （第19条関係）

附 則

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

第1号様式（第2条関係）

公務災害発生報告書

調布市教育委員会 様

第 号

年 月 日

学校長

公務災害発生報告について

このことについて、下記のとおり報告いたします。

記

1

傷	所属		採用	年 月 日
			現職期間	年 月
病	職	ふりがな _____	日常の健康状態	
			日常の勤務状態	
者	氏名	年 月 日生	平素の職務内容 (具体的に)	



3 現認者又は聴取者の所見

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

現 認 者 の 職 氏 名 \_\_\_\_\_  
聴 取

4 医師の意見  
傷病名及び傷病の程度

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

年 月 日 初 診 見込日数 入 院 休 業  
療 養 ( 日 ) ( 日 ) ( 日 )

医師の  
住 所  
氏 名



7 学校長の公務上と認める理由			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
8 災害が第三者の行為による場合			
第 三 者	氏 名	年 月 日生	職業資産状況
	住 所		
同 上 の 事 業 主	名 称		事業内容資産状況
	所在地		
	代表者		
事故発生の責任の度合い（法令違反等の事実があれば具体的に記すこと。）			
損害賠償請求について（示談交渉の経過，示談金等具体的に記すこと。示談書添付のこと。）			
自動車損害賠償保障法について（保険会社名，証書記号番号，保険金請求の有無等を記すこと。）			

第4号様式（第4条関係）

公務災害療養補償請求書（第 回）

支 給 年 月 日	決 定 年 月 日	受 理 年 月 日
-----------------------	-----------------------	-----------------------

所属長の証明	公傷認定番号 第 号	傷病者 職氏名	年 月 日	才	負 傷 発 病
	上記のとおり事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 学 校 長				
医師の証明	傷病の部位及び傷病名				
	傷病の経過 年 月 日 治癒, 死亡, 転医, 中止, 継続 中 (今後の療養見込日数 日)				
	療養の内容 年 月 日 から 日間診療日数 日間 年 月 日 まで				
	療養の内訳及び金額 (内訳裏面のとおりに) 千 円 上記のとおり相違ないことを証明します。 病院又は診療所の 所 在 地 _____ 年 月 日 名 称 _____ 診療担当者氏名 _____				
看護料	年 月 日 から 日間	看護師 附添婦	千	円	
移送料	から まで	片道 往復	料	回	
上記以外の療養費 (内訳別請求書又は領収書 枚のとおり)					
請求金額 (合計)					
上記の補償を請求します。 年 月 日 住 所 氏 名 調布市教育委員会 様					

- 備考 1 「看護料」及び「移送料」についてはその費用の領収書及び明細書を添付すること。
- 2 「上記以外の療養費」については入院料に食事を含まない場合の食事料及び療養に必要な治療材料等の費用を記入してその領収書及び内訳書を添付すること。
- 3 写とも2部を提出すること。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第4号様式（第4条関係）裏面

療養の内訳及び金額

種 別		点数又は金額				適要
初診	年 月 日	時間外, 深夜				
再診	年 月 日	時間内	回数			
		時間外	回数			
		深夜	回数			
往診	距離片道 キロメートル	普通	回数			
		難路	回数			
指導		夜間	回数			
		暴風雨雪	回数			
			回数			
投薬	剤 型 等	処方内容, 使用量等	単位			
	内服 1剤 2剤 頓服 外用					
注射	種 別	品 名	濃度	容量	回数	
	皮, 筋, 静, 動, 皮, 筋, 静, 動, 皮, 筋, 静, 動, 皮, 筋, 静, 動,					
検査	薬 剤			回数 回数		
レントゲン	種 別					
	診断及び撮影 診断 { 写真 透視 造影剤					
処置 及手 術	材料 麻酔 薬剤			回数 回数 回数 回数 回数		
その他						
入院	甲 病 院 診 療 表	入院年月日	年 月 日	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
		基食	看1	1月未満		日間
		普食	看2	1月~3月未満		日間
	食無	看3	3月以上		日間	
	寝					
乙 表	賄, 看, 食, 寝 (無)	入院 期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間		
そ の 他						
合 計						

第4号様式の2 (第4条関係)

公務災害休業補償請求書 (第 回)

支	給	決	定	受	理
・	年	・	年	・	年
・	月	・	月	・	月
・	日	・	日	・	日

所 属 長 の 証 明	公傷認定番 号 第 号	傷病者 職氏名 年 月 日生 ( 歳)	年 月 日 負 傷 発 病				
	療養のため休業した 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	扶 養 親 族 加 算 額 の 内 訳				
			金額	金額	人数	合計 金額	
	補償基礎額	都条例第4条第2項の補償基礎額	(A) 円	配偶者	円	人 1	円
		都条例第4条第3項及び第4項の扶養親族加算額	(B) 円	特定経験年数学校医等の配偶者			
		合計 (A) + (B)	(C) 円	子			
			特定期間にある子				
			その他の扶養親族				
			特定経験年数学校医等のその他の扶養親族				
上記のとおり事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 学 校 長							
医 師 の 証 明	傷病名		傷病の部位				
	傷病の経過		年月日治癒・死亡・転医・中止・継続中				
	療養のため勤務することができなかつたと認められる期間		年月日から 年月日まで	最終の実診療 年月日	年月日		
	上記のことは事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 病院(診療所)の所在地 名称及び医師名						
厚生年金保険 法の適用	の被保険者 である。 被保険者でない。	被保険者証書の番号	所 轄 年 金 等 事 務 所				
休 業 補 償 請 求 額 の 計 算	療養のため休業した期間のうち給与その他の業務上の収入を得ることができなかった期間		年月日から 年月日まで	日間うち 日 (D)			
	通 常 の 場 合		補償基礎額(C) 休業期間(D) 請求額 円 × $\frac{60}{100}$ × 日 = 円				
	都条例第8条又は都条例附則第3条の規定により支給額が制限され、又は調整される場合						
休業補償請求金額		円					
上記の休業補償を請求します。 年 月 日 住所 氏名 調布市教育委員会 様							

- 備考 1 第2回以後の請求の場合における療養のため休業した期間及び療養のため勤務することができなかつたと認められる期間の記載については前回の請求後の分について記載すること。  
2 写しとも2部提出すること。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第4号様式の2（第4条関係）裏面

扶 養 親 族 調 書

氏 名	続 柄	職 業	年 令	住 所

医師，歯科医又は薬剤師としての経験年数調書

- 1 免許取得年月日           年    月    日
- 2 卒業学校名
- 3 学位の有無                博士，修士，なし
- 4 その他

上記記載事項は事実と相違ないことを認めます。

年    月    日

氏    名

第4号様式の3（第4条関係）

<u>傷病補償年金請求書</u>		*年金証書 番号	*支給年 月日	*決定年 月日	*受理年 月日
所属長の証明	公傷認定番号 第 号	傷病者 職氏名 年 月 日生（歳）			負傷 年月日発病
	補償基礎額 円				
	上記のとおり事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所 属 長				
障害するに事 関項	（傷病等級）第 級		療養開始後1年6 箇月の年月日	年 月 日	
	〔障害の部位 及びその程度〕				
	〔既存障害と その程度〕				
厚生年金保険 法等の適用		_____の被保険者である。 被保険者でない。		被保険者証書 の番号	所 轄 年 金 等 所 務 所
傷病年 補償額 の計 算	通 常 の 場 合 〔		（補償基礎額） （倍数） × = 円		
	都条例第8条又は都条例附則第 3条の規定により支給額が制限 され、又は調整される場合				
傷病補償年金請求年額			円		
添付する書類その他資料名					
上記の傷病補償年金の支給の決定を請求します。 年 月 日 請求者の住所 氏 名 調布市教育委員会 様					

- 備考 1 「(障害の部位及びその程度)」の欄の記入事項が裏面診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書のとおり」と記入すること。
- 2 裏面診断書は記入しないこと。
- 3 写しとも2部提出すること。
- 4 該当するものを○で囲むこと。

\*印の欄は記入しないこと。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第4号様式の3（第4条関係）裏面

診 断 書							
傷 病 者							
職 氏 名							
年 月 日生（ 歳）							
傷病名		障害部位		傷病等級	第 級		
初診年月日	年 月 日	療養開始後1年 6箇月の年月日		月 日			
療養の内容及び経過							
既往症			既存障害				
障害の状態の詳細	(図で示すことができるものは図解すること)						
関節運動の範囲	種類 範囲						
	部 位						
		右					
		左					
		右					
		左					
上記のとおり相違ないものと認めます。							
年 月 日							
病院（診療所）の所在地 名称及び医師の職氏名							

第4号様式の4（第4条関係）

障害補償一時金請求書

*支給 年 月 日	*決定 年 月 日	*受理 年 月 日
--------------------	--------------------	--------------------

所属長の証明	公傷認定番号 第 号	傷病者 職氏名 年 月 日生 ( 歳)	年 月 日	負傷病
	補償基礎額 円			
	上記のことは事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所 属 長			
障害に関する事項	(障害等級) 第 級	治癒年月日 年 月 日		
	(障害の部位及びその程度)			
	(既存障害とその程度)			
厚生年金保険 法等の適用	____の被保険者 である。 被保険者でない。	被保険者証書 の番 号	所 轄 年 金 等 事 務 所	
障害補償一時金の 請求金額	通常の場合 〔最低限度額 円 歳〕 〔最高限度額 円 歳〕	(補償基礎額) (倍数) × = 円		
	都条例第8条又は都条例附則第3条の規定により支給額が制限され、又は調整される場合			
障害補償一時金請求金額 円				
添付する書類その他資料名				
上記の障害補償一時金の決定を請求します。 年 月 日 請求者の住所 氏 名 調布市教育委員会 様				

- 備考 1 「(障害の部位及びその程度)」の欄の記入事項が裏面診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書のとおり」と記入すること。
- 2 「(既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 3 裏面診断書は記入しないこと。
- 4 写しとも2部提出すること。
- 5 該当するものを○で囲むこと。\*印の欄は記入しないこと。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第4号様式の4（第4条関係）裏面

診 断 書							
傷 病 者							
職 氏 名							
年 月 日生（ 歳）							
傷病名		傷病部位		障害等級	第 級		
初診年月日	年 月 日	治癒年月日	年 月 日				
療養の内容及び経過							
既往症				既存障害			
障害の状態の詳細	（図で示すことができるものは図解すること）						
関節運動の範囲	部 位	種 類 範 囲					
		右					
		左					
		右					
		左					
		右					
	左						
上記のとおり相違ないものと認めます。							
年 月 日							
病院（診療所）の所在地 名称及び医師の職氏名							

第4号様式の4の2（第4条関係）

<p style="text-align: center;"><u>障害補償年金前払一時金請求書</u></p>		*年金証書番号	*支給	*決定	*受理
		第 号	・年 ・月 ・日	・年 ・月 ・日	・年 ・月 ・日
所属長の証明	公傷認定番号 第 号	傷病者 職氏名 年 月 日生（ 歳）		負傷 年月日 発病	
	補償基礎額 円				
	上記のことは事実と相違ないことを証明します。 年 月 日  所 属 長				
障害に関する事項	(障害等級) 第 級		治癒年月日 年 月 日		
	(障害の部位及びその程度)				
	(既存障害とその程度)				
厚生年金保険 法等の適用		_____の被保険者 である。 被保険者でない。	被保険者証書 番号	所轄年金等 事務所	
障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額		年 月分から 年 月分まで 円			
障害補償年金 請求額の計算	通常の場合 (最低限度額 円) (最高限度額 円) 歳		障害補償年金前払一時金の限度額を選択	(補償基礎額) (乗ずべき数) 円 × = 円	
			障害補償年金前払一時金の限度額以外を選択	(補償基礎額) 円 × $\left. \begin{matrix} 1200, 1000 \\ 800, 600 \\ 400, 200 \end{matrix} \right\}$ 日分=	
	都条例第8条又は都条例附則第3条の規定により支給額が制限され、又は調整される場合				
障害補償年金請求金額		円			
添付する書類その他資料名					
上記の障害補償年金前払一時金を請求します。 年 月 日  調布市教育委員会 様  請求者の住所 氏 名					

- 備考 1 「(既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 2 「障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額」の欄には、障害補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は、記入しないこと。
- 3 写しとも2部提出すること。
- 4 該当するものを○で囲むこと。
- \*印の欄は記入しないこと。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第4号様式の4の3（第4条関係）

障害補償年金差額一時金請求書		*年金証書番号	*支給	*決定	*受理
		第 号	年 月 日	年 月 日	年 月 日
所属長の証明	公傷認定番号 第 号	傷病者 職氏名 年 月 日生（ 歳）		年 月 日 負傷 発病	
	補償基礎額 円				
	上記のことは事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所 属 長				
障害に関する事項	(障害等級) 第 級		治癒年月日 年 月 日		
	(障害の部位及びその程度)				
	(既存障害とその程度)				
厚生年金保険 法等の適用	____の被保険者 である。 被保険者でない。		被保険者証書の番号	所 事	轉 務 年 所 金 等
	障害補償年金差額一時金の計算	通常の場合 最低限度額 円 最高限度額 円 歳	受給権者の氏名	死亡学校医等との続柄又は関係	
補償基礎額 都条例附則第1条の2の乗すべき数			支給された年金及び前払一時金の額の合計額	支給された前払一時金の額 円	
都条例第8条又は都条例附則第3条の規定により支給額が制限され、又は調整される場合		$\left( ( ) \text{円} \times ( ) - ( ) \text{円} \right) \times \frac{1}{(\text{受給者の数})} =$			
障害補償年金差額一時金の請求金額 円					
添付する書類その他資料名					
上記の障害補償年金差額一時金を請求します。 年 月 日 請求者（代表者）の住所 氏 名 死亡学校医等との続柄又は関係 調布市教育委員会 様					

- 備考 1 「(既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 2 添付書類については裏面によること。
- 3 写しとも2部提出すること。
- 4 該当するものを○で囲むこと。
- \*印の欄は記入しないこと。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

#### 第4号様式の4の3（第4条関係）裏面

（添付書類についての注意）

この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に、他の補償の請求に関し、既に提出されている書類又はその写しについては、添付の必要がないこと。

- 1 障害補償年金の受給権者の死亡診断書，死体検案書，検視調書その他当該障害補償年金の受給権者の死亡の事実を証明する書類又はその写し
- 2 請求者と死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係に関する区市町村長の発行する証明書
- 3 請求者が，婚姻の届出をしていないが，障害補償年金の受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは，その事実を認めることのできる書類
- 4 請求者が，障害補償年金の受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた配偶者，子，父母，孫，祖父母又は兄弟姉妹であるときは，障害補償年金の受給権者の死亡の当時生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
- 5 請求者が，配偶者以外の者であるときは，他に先順位者のないことを証明する書類
- 6 請求者が，死亡した障害補償年金の受給権者の遺言又は調布市教育委員会に対する予告に指定された者であるときは，これを証明する書類

第4号様式の4の4（第4条関係）

介護補償請求書		※支給 年月日	※決定 年月日	※受理 年月日	
調布市教育委員会宛  下記の介護補償を請求します。		請求年月日 年 月 日			
		請求者の住所  氏 名 年 月 日生（ 歳）			
1 被災職員に関する事項	(所属)		(傷病名及び障害の部位)		
	(職名)				
	(氏名)				
			(負傷又は発病の年月日) 年 月 日		
	(傷病等級又は障害等級) <input type="checkbox"/> 傷病等級 (第 級 号) <input type="checkbox"/> 障害等級 (第 級 号)		(年金証書番号)  第 号		
(介護を要する状態の区分) <input type="checkbox"/> 常時介護を要する状態 <input type="checkbox"/> 随時介護を要する状態					
2 請求金額等	請求対象年月	介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無	介護費用として支出した金額	請求月額	
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円	
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円	
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円	
	介護補償請求金額（請求月額の合計）				円
3 介護を受けた場所	<input type="checkbox"/> 居宅				
	<input type="checkbox"/> 病院・施設等（名称 _____） 入院・入所期間（年 月 日から 年 月 日まで）				
4 介護に従事した者	氏 名	請求者との続柄又は関係	請求者が介護を受けた期間		
		事務担当者	係名	氏名	電話

#### 第4号様式の4の4（第4条関係）裏面

##### [注意事項]

- 1 申請者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する口に $\surd$ 印を記入すること。
- 2 「2 請求金額等」の欄の「請求対象年月」、「介護費用を支出せず介護を受けた日の有無」、「介護費用として支出した額」及び「請求月額」の欄には、各月ごとに記入すること。  
なお、当該欄が不足する場合には別葉にても差し支えないこと。
- 3 「4 介護に従事した者」の欄には、介護費用を支出せずに介護を受けた日がある場合に当該介護を行った者について記入すること。
- 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書（ただし、第2回目以後の請求において前回の請求内容と変更のない場合は、省略することができるものであること。）
  - (2) 介護補償を受けようとする期間における介護の事実並びに当該介護に従事した者の氏名及び請求者との続柄又は関係を記載した書類（ただし、第2回目以後の請求において前回の請求内容と変更のない場合は、省略することができるものであること。）
  - (3) 介護費用を支出して介護を受けた日がある場合にあっては、当該介護を受けた年月日及び時間並びに当該介護費用として各月に支出した額を証明することができる書類

第4号様式の5（第4条関係）

遺族補償年金請求書		*年金証書番号	*支給年 ・年 ・月 ・日	*決定年 ・年 ・月 ・日	*受理年 ・年 ・月 ・日
		第 号			
所属長の証明	公傷認定番号 第 号	傷病者 職氏名 年 月 日生（ 歳）		年 月 日 負傷 発病	
	補償基礎額 円				
	上記のことは事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所属長				
厚生年金保険法 等の適用	____の被保険者であった。 被保険者でなかった。		被保険者証書の番号	所轄年金事務所等	
請求の事由	学校医等の死亡	先順位者の失権	胎児であった子の出生	先順位者の所在不明	
請求者が及び遺族補償年金を 受けることができる遺族	氏 名	生年月日	住 所	死亡学校医との続柄	備 考
既に遺族補償年 金を受けている者	氏 名	生年月日	住 所	死亡学校医との続柄	備 考
遺族補償年 金の計算／請求金額	通常の場合 最低限度額 円 最高限度額 円 歳	(補償基礎額) (倍数) × × $\frac{1}{\text{請求者の数}}$ = 円			
	都条例附則第3条の 規定により支給額が 調整される場合				
遺族補償年金請求年額		請求者が1人の場合又は 代表者を選任しない場合	円		
		代表者を選任した場合	(請求年額) × (請求者の数)	= 円	
添付する書類その他資料名					
上記の障害補償年金の決定を請求します。 年 月 日 様			請求者（代表者）の住所 氏 名 学校医等との続柄		

- 備考 1 調布市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則（平成14年調布市教育委員会規則第8号）第4条第4項の規定による所要の書類を添付すること  
2 写しとも2部提出すること  
3 該当するものを○で囲むこと。\*印の欄は記入しないこと

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第4号様式の5の2（第4条関係）

遺族補償一時金請求書

*支給 ・年 ・月 ・日	*決定 ・年 ・月 ・日	*受理 ・年 ・月 ・日
-----------------------	-----------------------	-----------------------

所 属 長 の 証 明	公傷認定番号 第 号	傷病者 職氏名 年 月 日生（ 歳）	年月日 負傷・発病 年月日 死亡 歳	
	補償基礎額			
	上記のことは事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所 属 長			
遺 族 補 償 一 時 金 請 求 額 の 計 算	受給権者の氏名	生年月日	死亡学校医等との続柄又は関係	(補償基礎額) (倍数) (支給された年金額の総計) ( × - ) × (受給権者の数) =
遺 族 補 償 一 時 金 請 求 額 の 計 算	年金の受権者であった者の氏名	年金証書の番号		支給された年金の合計
		第 号		
		第 号		
		第 号		
	総 計			
遺族補償一時金請求書				
添付する書類その他資料名				
上記の遺族補償一時金を請求します。 年 月 日 請求者の住所 氏 名 請求者と学校 医等との続柄 様				

- 備考 1 調布市立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則（平成14年調布市教育委員会規則第8号）第4条第5項の規定による所要の書類を添付すること。
- 2 写しとも2部提出すること。
- 3 該当するものを○で囲むこと。
- \*印の欄は記入しないこと。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第4号様式の5の3（第4条関係）

遺族補償年金前払一時金請求書

		*年金証書番号 第 号	*支給 ・年 ・月 ・日	*決定 ・年 ・月 ・日	*受理 ・年 ・月 ・日
所 属 の 証 明	公傷認定番号 第 号	傷病者 職氏名 年 月 日生（ 歳）		年 月 日 負傷・発病 年 月 日 死亡 歳	
	補償基礎額 円				
	上記のことは事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所 属 長				
厚生年金保険法 等の適用	____の被保険者であった。 被保険者でなかった。		被保険者証書の番号	所轄年金事務所等	
遺族補償年金前払一時金の申出を行った 月までの期間に係る遺族補償年金の額の 合計額		年 月分から 年 月分まで		円	
代表者の選任等		・受給権者が1人又は代表者を選任しない ・代表者を選任した			
遺族補償年金前払一時金の請求額（代表者が選任する）	通常の場合 最低限度額 円 最高限度額 円 歳	補償基礎額の $\left[ \begin{matrix} 1000, 800 \\ 600, 400 \\ 200 \end{matrix} \right]$ 日分 に相当する額	① 請求額 (補償基礎額) 円 × 日分 $\times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \text{円}$ ② 請求額の合計 (①の請求額) (受給権者の数) 円 × = 円		
	都条例附則第3条の規定により 支給額が調整される場合				
遺族補償年金前払一時金の請求金額		円			
添付する書類その他資料名					
上記の遺族補償年金前払一時金を請求します。 年 月 日 調布市教育委員会 様 請求者（代表者）の住所 氏 名 学校医等との続柄					

- 備考 1 「遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額」欄には、遺族補償年金の最初の支払に先立って申し出る場合は、記入しないこと。
- 2 写しとも2部提出すること。
- 3 該当するものを○で囲むこと。  
\*印の欄は記入しないこと。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第4号様式の6（第4条関係）

葬 祭 補 償 請 求 書

			*支 ・年 ・月 ・日	給	*決 ・年 ・月 ・日	定	*受 ・年 ・月 ・日	理	
所 属 長 の 証 明	公傷認定番号 第 号	傷病者 職氏名 年 月 日生（ 歳）	年 月 日	負傷・発病	年 月 日	死亡	歳		
	補償基礎額								
	上記のことは事実と相違ないことを証明します。 年 月 日							所 属 長	
請求者に関する事項	請求者の住所 _____ 氏 名 _____ 学校医等との 続柄又は関係 _____								
葬 祭 補 償 の 請 求 金 額	葬 祭 補 償 の 計 算		(都条例第20条に規定する定額)		(補償基礎額)				
			A	円+	円×30				
			=		円				
			(補償基礎額)		円×60		円		
請 求 金 額		(A・Bいずれか高い額)		円					
上記の葬祭補償を請求します。 年 月 日 住 所 氏 名 調布市教育委員会 様									

- 備考 1 この補償は遺族補償年金の請求又は葬祭補償の請求と同じに請求すること。  
2 写しとも2部提出すること。  
3 該当するものを○で囲むこと。  
\*印の欄は記入しないこと。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第4号様式の7（第4条関係）

未支給の補償請求書

			*支給 ・年 ・月 ・日	*決定 ・年 ・月 ・日	*受理 ・年 ・月 ・日
所 属 長 の 証 明	公傷認定番号 第 号	傷病者 職氏名 年 月 日生（ 歳）	年 月 日	負傷・発病 年 月 日	死亡 歳
	補償基礎額		円		
	上記のことは事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所 属 長				
死亡した受給権者	氏 名 死亡年月日	年 月 日			
請求者に関する事項	請求者の住所 _____ 氏 名 _____ 死亡した受給 権者との続柄 _____				
未支給の補償の種類	〔年金たる補償のとき 第 号〕 〔は年金証書の番号〕				
未支給の補償請求額	円				
添付する書類その他資料					
上記の未支給の補償を請求します。 年 月 日 請求者の住所 氏 名 調布市教育委員会 様					

- 備考 1 この請求書には調布市立学校の学校医，学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則（平成14年調布市教育委員会規則第8号）第4条第6項の規定による所要の書類を添付すること。  
2 写しとも2部提出すること。  
3 該当するものを○で囲むこと。\*印の欄は記入しないこと。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第5号様式（第4条関係）

看 護 費 用 明 細 書

傷病者氏名		(才) 負傷又は発病年月日 年 月 日						
看護実施期間		年 月 日から 年 月 日まで						
看護担当者氏名		看護担当者の資格等	有(看・准看・保健・助産) 無免許番号(第 号)					
医 師 の 証 明	傷病の部位及び傷病名							
	看護を必要とした期間	年 月 日から 年 月 日まで						
	病状及び看護を必要と認める事由(具体的に)							
<p>上記期間中看護が行われたこと及びそれを必要とする状態であったことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">病院又は 所在地 診療所の 名 称 診療担当者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>								
看護師を求められない場合はその理由								
看 護 費 用 内 訳	種 別	単 価 等	日 数 (回数)	金 額	摘 要			
	看 護 料	円						
	計							
看 護 担 当 者 の 領 収 書	領収金額		万	千	百	十	円	左記の金額を領収しました。 年 月 日  看護担当者の 住 所 氏 名
	内 訳	適 要	金額					
紹 介 機 関 の 領 収 書	領収金額		万	千	百	十	円	左記の金額を領収しました。 年 月 日  所在地 名 称 氏 名
	内 訳	適 要	金額					

第6号様式（第4条関係）

公務災害療養費請求書（第 回）

*支給 ・年 ・月 ・日	*決定 ・年 ・月 ・日	*受理 ・年 ・月 ・日
-----------------------	-----------------------	-----------------------

公傷認定番号	第 号	所属	年月日 負傷・発病
被療養者	(氏名)		(年令) 年 月 日 才
医 師 の 証 明	傷病の部位及び傷病名		
	傷病の経過		
	----- 年 月 日治癒・死亡・転医・中止・継続中 (今後の療養見込日数の 日)		
	療養の内容	年 月 日から 年 月 日まで	日間診療日数 日間
	療養の内訳及び金額内訳（裏面のとおりに）		
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">病院、診療所又は薬局の 所在地 _____ 名 称 _____ 担 当 医 師 名 薬剤師名 _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p>			
<p>公務災害療養の給付を行った費用を上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">病院診療所又は 薬局の所在地 _____ 名 称 _____ 氏 名 _____</p> <p>調布市教育委員会 宛</p>			

第6号様式（第4条関係）裏面

療養の内訳及び金額

種 別		点数又は金額				摘要
初 診	年 月 日	時間外・深夜		点	千	円
再 診	年 月 日	時間内	回数			
		時間外	回数			
		深夜	回数			
往 診	距離片道	キロメートル	普通・難路	回数		
			夜間・暴風雨雪	回数		
指 導			回			
投 薬	剤 型 等	処方内容・使用量等		単 位		
	内服 { 1 剤 2 剤 頓服 外用					
注 射	種 別	品 名	濃 度	容 量	回 数	
	皮筋静動					
	皮筋静動					
	皮筋静動					
	皮筋静動					
検 査	薬 剤			回		
				回		
レントゲン	種 別	撮影区分・使用フィルム等		回 数		
	診断及び撮影 診断 { 写真 透視 造影 剤			回		
処 置 及 手 術	材 料			回		
	麻 酔 剤			回		
その他						
甲 病 院 表	入院年月日		年 月 日			
	基 食 普 食 食 無 寝	看 1	入院期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
		看 2	1 月未満		日間	
		看 3	1 月～3 月未満		日間	
		寝	3 月以上		日間	
乙 表	賄・看・食 寝 (無)	入院期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	
そ の 他						
合				計		

第7号様式（第8条関係）

調布市立学校の学校医，学校歯科医及び学校  
薬剤師の公務災害補償年金支払請求書

調布市教育委員会 宛

以下のとおり年金の支払を請求します。

年 月 日

請求者（代表者）の住所

氏 名 \_\_\_\_\_

(届出の印鑑を押してください。)

記

1 年金の種類 (第 級)

2 請求期間 年 月から  
年 月まで

3 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

代表者による請求の場合はその内訳

(受給権者の氏名) (請求金額)

円

円

円

円

計 \_\_\_\_\_ 円

4 年金支払開始年月及び年金証書番号

年 月 第 号

第11号様式（第16条関係）

遺族補償年金支給停止申請書

*停止決定 年 ・月 から	*決定 ・年 ・月 ・日	*受理 ・年 ・月 ・日
------------------------	-----------------------	-----------------------

所在不明者	年金証書の番号.....第.....号			
	氏名.....			
	最後の住所.....			
	所在不明となった年月日.....年.....月.....日			
	所在不明の事由			
申請者の同順位者	氏名	住所	年金証書の番号	所在不明者との続柄
			第.....号	
添付する書類その他の資料名				
<p>上記の所在不明者に係る遺族補償年金の支給停止を申請します。</p> <p>.....年.....月.....日</p> <p>申請者の年金.....第.....号 証書の番号.....</p> <p>住.....所.....</p> <p>氏.....名.....</p> <p>生年月日.....年.....月.....日</p> <p>所在不明者 との続柄</p> <p>調布市教育委員会 宛</p>				

- 備考 1 「所在不明者」の年金証書の番号欄は、その番号が不明のときは記入する必要はない。
- 2 この申請書には、所在不明となった者の所在が1年以上明らかでないことを証明する書類を添付すること。
- 3 写しとも2部提出すること。
- 4 \*印の欄は記入しないこと。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第12号様式（第16条関係）

遺族補償年金支給停止解除申請書

*解除決定 年 ・ 月 から	*決定 ・ 年 ・ 月 ・ 日	*受理 ・ 年 ・ 月 ・ 日
-------------------------	--------------------------	--------------------------

支給停止となった年月日	年 月
<p>上記のとおり遺族補償年金の支給停止の解除を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者の年金 第 号 証書の番号.....</p> <p>住 所.....</p> <p>氏 名.....</p> <p>生年月日 年 月 日</p> <p>解除申請の 理 由</p> <p>調布市教育委員会 宛</p>	

- 備考 1 この申請書を提出するときは、併せて年金証書を提出すること。  
2 \*印の欄は記入しないこと。

事務担当者	係名	氏名	電話
-------	----	----	----

第17号様式（第19条関係）

障 害 の 現 状 報 告 書

(記入注意) 1 該当するものを○でかこむこと。 2 「傷病の経過又は障害の状況」の欄は最近1年間について記入すること。 3 報告書は医師の証明欄には記入しないこと。 4 障害補償年金の受給者については、医師の証明欄の記入は不要とする。					
傷 病 者 職  氏 名 (生年月日 年 月 日)					
負傷又は発病の年月日  年 月 日		療養開始の年月日  年 月 日		年金支給開始年月及び 年金証書番号  年 月 第 号	
傷病名又は 傷病等級 障害					
傷病の経過又は障害の状況					
日常生活の概況					
公 的 年 金 の 受 給 関 係	年金の種類 (障害等級 第 級)	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
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
添付する書類その他の資料名					
上記のとおり障害の状況を報告します。  年 月 日  報告者の住所..... 氏 名.....  調布市教育委員会 宛					

第17号様式（第19条関係）裏面

医 師 の 証 明 欄	
障害の種類	
主訴及び自覚症	
障害の現状（他覚症並びに検査成績）	
今後の見込み（総合所見）	
(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。	
年 月 日	
病院又は診療所	{ 所在地 _____ 名 称 _____ 医師氏名 _____

第18号様式（第19条関係）

遺族の現状報告書

死亡学校医等  職 氏 名  （ 死亡年月日    年    月    日 ）						
遺族補償年金を受け ることができる遺族	氏 名	生年月日	住 所	死亡学校医 等との続柄	障害の 有 無	報告者と生計を 同じくしているか
					有 無	いる・いない
					有 無	いる・いない
					有 無	いる・いない
					有 無	いる・いない
					有 無	いる・いない
					有 無	いる・いない
公的年金 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	
		円	第 号	年    月		
		円	第 号	年    月		
添付する書類その他の資料名						
上記のとおり遺族の現状を報告します。  <div style="text-align: center;">                     年    月    日                       報告者の年金証書の番号    第            号                       住所_____                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     氏名_____                 </div> 調布市教育委員会 様						

備考 該当するものを○で囲むこと。

調布市教育委員会が所管する公の施設の指定管理者の指定の手續等に関する規則の一部を改正する規則新旧対照表

改正後	改正前
<p>○調布市教育委員会が所管する公の施設の指定管理者の指定の手續等に関する規則</p> <p>平成16年1月23日教育委員会規則第1号</p> <p>改正履歴 略</p> <p>本則 省略</p> <p><u>第1号様式</u>（第2条関係）</p>	<p>○調布市教育委員会が所管する公の施設の指定管理者の指定の手續等に関する規則</p> <p>平成16年1月23日教育委員会規則第1号</p> <p>改正履歴 略</p> <p>本則 省略</p> <p><u>第1号様式</u>（第2条関係）</p>

附 則

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

第1号様式（第2条関係）

指 定 申 請 書

年 月 日

調布市教育委員会 あて

申請者

所 在 地

団 体 名

代表者氏名

指定管理者の指定を受けたいので、調布市公の施設の指定管理者の指定の手續等に関する条例第3条の規定により下記のとおり申請します。

記

1 施設の名称

2 添付書類

別記様式（第3条関係）

（表）

年度 職員団体活動に係る職務専念義務免除申請簿兼給与減額免除申請簿									
調布市教育委員会 宛		所属							
		職		氏名					
<p>調布市職員の職務に専念する義務の特例に関する条例（昭和38年調布市条例第28号）第2条第3号の規定により、職員の職務に専念する義務の免除を承認されるよう、次のとおり申請します。</p> <p>学校職員の給与に関する条例（昭和31年東京都条例第68号）第16条第1項の規定により、給与の減額の免除を承認されるよう、次のとおり申請します。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">                 学校職員の給与の減額を免除することのできる場合の基準に関する規則（昭和31年東京都教育委員会規則第23号）別表第7号             </div>									
記									
申請月日 申請内容・申出者		日 時		理 由		取扱者等			
						事前承認		確認	
職 免	・	月 日 時 分から		承認	出勤簿整理	承認	出勤簿整理		
給 与 減 免	・	月 日 時 分まで 日 時間 分		承認	給与取扱者	承認	給与取扱者		
職 免	・	月 日 時 分から		承認	出勤簿整理	承認	出勤簿整理		
給 与 減 免	・	月 日 時 分まで 日 時間 分		承認	給与取扱者	承認	給与取扱者		
職 免	・	月 日 時 分から		承認	出勤簿整理	承認	出勤簿整理		
給 与 減 免	・	月 日 時 分まで 日 時間 分		承認	給与取扱者	承認	給与取扱者		
職 免	・	月 日 時 分から		承認	出勤簿整理	承認	出勤簿整理		
給 与 減 免	・	月 日 時 分まで 日 時間 分		承認	給与取扱者	承認	給与取扱者		

(裏)

申請月日 申請内容・申出者		日 時	理 由	取扱者等認印			
				事前承認		確認	
職免	・	月 日 時 分から		承認	出勤簿整理	承認	出勤簿整理
給与減免	・	月 日 時 分まで 日 時間 分		承認	給与取扱者	承認	給与取扱者
職免	・	月 日 時 分から		承認	出勤簿整理	承認	出勤簿整理
給与減免	・	月 日 時 分まで 日 時間 分		承認	給与取扱者	承認	給与取扱者
職免	・	月 日 時 分から		承認	出勤簿整理	承認	出勤簿整理
給与減免	・	月 日 時 分まで 日 時間 分		承認	給与取扱者	承認	給与取扱者
職免	・	月 日 時 分から		承認	出勤簿整理	承認	出勤簿整理
給与減免	・	月 日 時 分まで 日 時間 分		承認	給与取扱者	承認	給与取扱者
職免	・	月 日 時 分から		承認	出勤簿整理	承認	出勤簿整理
給与減免	・	月 日 時 分まで 日 時間 分		承認	給与取扱者	承認	給与取扱者
職免	・	月 日 時 分から		承認	出勤簿整理	承認	出勤簿整理
給与減免	・	月 日 時 分まで 日 時間 分		承認	給与取扱者	承認	給与取扱者

調布市文化財保護条例施行規則の一部を改正する規則新旧対照表

改正後	改正前
<p>○調布市文化財保護条例施行規則 平成19年3月20日教育委員会規則第4号</p>	<p>○調布市文化財保護条例施行規則 平成19年3月20日教育委員会規則第4号</p>
<p>本則 省略</p>	<p>本則 省略</p>
<p><u>第1号様式</u> (第2条関係)</p>	<p><u>第1号様式</u> (第2条関係)</p>
<p><u>第8号様式</u> (第8条関係)</p>	<p><u>第8号様式</u> (第8条関係)</p>
<p><u>第10号様式</u> (第9条関係)</p>	<p><u>第10号様式</u> (第9条関係)</p>
<p><u>第21号様式</u> (第16条関係)</p>	<p><u>第21号様式</u> (第16条関係)</p>

附 則

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

第1号様式（第2条関係）

年 月 日

調布市教育委員会 あて

住 所

氏 名

同 意 書

私の※ 所有する 占有する 下記物件を、調布市指定※ 有形文化財 有形民俗文化財 史跡旧跡名勝天然記念物 に指定す

ることに同意します。

記

- 1 名称及び員数
- 2 物件の所在地
- 3 指定の区域

(注) ※印の箇所は、該当しない事項を抹消すること。

第8号様式（第8条関係）

年 月 日

調布市教育委員会 あて

住 所

氏 名

所 有 者 の 変 更 届

調布市指定 文化財の所有者が、下記のとおり変更したので届け出ます。

記

- 1 文化財の名称及び員数
- 2 旧所有者の住所及び氏名
- 3 変更年月日
- 4 変更の理由
- 5 その他参考となる事項

第10号様式（第8条関係）

年 月 日

調布市教育委員会 あて

住 所

氏 名

文化財の滅失等の届

下記調布市指定 文化財が下記のとおり※ したので届け出ま  
す。

記

- 1 文化財の名称及び員数
- 2 届出事実の発見年月日
- 3 届出事実の状況
- 4 届出事実の発見後の処置
- 5 今後の処置についての希望
- 6 その他参考となる事項及び資料

(注) ※印の箇所は、「滅失」、「き損」、「盗難」、「亡失」又は「衰亡」等の届出の理由について記入すること。

年 月 日

調布市教育委員会 へ

団体の名称

事務所の所在地

代表者又は管理人の氏名

保 持 団 体 の 解 散 届

調布市指定無形文化財の保持団体が下記のとおり解散したので届け出ます。

記

- 1 文化財の名称
- 2 団体の代表者又は管理人の住所及び氏名
- 3 団体の構成員の住所及び氏名
- 4 解散年月日
- 5 解散の理由