

労働者災害補償保険 介護補償給付 介護給付 支給請求書

標準字体 アカサタナハマヤラワ 01234 イキシチニヒミリン 56789 ウクスツヌフムユルハ エケセテネヘメレ。 (例) オコソトノホモヨロー カハ。

帳票種別 35290 ①管轄局署 ②受付年月日 ③特別コード ④介護料区分 1有 3無

(注意) 一、 二、 三、 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式の右上に記載された「標準字体」にならうて、枠からはみださないように大きめの力

(イ) 年金証書番号 (ロ) 受給している労災年金の種類 (ハ) 障害の部位及び状態並びに当該障害を有することに伴う日常生活の状態については別紙診断書のとおり。 (ニ) ⑥ 氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。 生年月日 年 月 日 (ホ) 請求対象年月 (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 (ト) 介護に要する費用として支出した費用の額 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員 (ヘ) 請求対象年月 (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 (ト) 介護に要する費用として支出した費用の額 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員 (ホ) 請求対象年月 (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数 (ト) 介護に要する費用として支出した費用の額 介護に従事した者 親族 友人・知人 看護師・家政婦又は看護補助者 施設職員 右の欄及び③から⑩までの欄は、口座を新規・変更する場合は、届出た口座を変更するのみ記入してください。 振込を希望する金融機関の名称 口座名義人 ⑳ ※金融機関コード ⑳ ※郵便局コード (ケ) ⑩ 預(貯)金の種別 ⑪ 口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入) 口座名義人 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。 (ケ) ⑩ 預(貯)金の種別 ⑪ 口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入) 口座名義人 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。 (ケ) ⑩ 預(貯)金の種別 ⑪ 口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入) 口座名義人 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。 (イ) 介護場所等 (ロ) 施設等 (ただし、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム及び原子爆弾被爆者特別養護ホームは除く。) 所在地 名称 電話 () - (ヌ) 介護に従事した者 氏名 生年月日 続柄 介護期間・日数 区分 (ル) 添付する書類 イ 診断書 ロ 介護に要した費用の額の証明書(通)

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します) 裏面の注意事項を讀んでから記入してください。 折り曲げる場合は()の所を谷折りし、()の所を谷折りにしてください。

上記により 介護補償給付の支給を 介護給付 請求します。 年 月 日 住所 () 電話 () - () 請求人の () 氏名 印 労働基準監督署長 殿

[介護の事実に関する申立て] 私は、上記(リ)及び(ヌ)のとおり介護に従事したことを申し立てます。 住所 氏名 電話番号 印

[注意]

- 1 初めて介護(補償)給付を請求する場合は、(ハ)の障害の部位及び状態並びに当該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を添えてください。
- 2 (イ)及び(ロ)について、障害(補償)給付支給請求書を同時に提出する場合には、記入する必要はありません。
- 3 障害(補償)年金又は傷病(補償)年金を現に受給している者は、(ロ)に当該受給している年金に☑を付すとともに、その等級を記入してください。
- 4 (ホ)の「請求対象年月」は、請求する月について必ず記入してください。
その月に費用を支出して介護を受けた日がある場合には、(ヘ)及び(ト)に日数及び金額をすべて記入し当該支出した費用の額を証する書類を添えてください。
その月に費用を支出して介護を受けた日がない場合には、(ヘ)及び(ト)は記入する必要はありません。
- 5 (ヌ)の「介護に従事した者」の欄には、介護期間((ホ)の「請求対象年月」に相当する期間)において介護に従事したすべての者について記入してください。
- 6 (ヌ)の「介護に従事した者」の欄の「氏名」、「生年月日」及び「続柄」の欄は、親族又は友人・知人による介護を受けた場合に記入してください。
- 7 「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。
- 8 親族又は友人・知人による介護を受けた日がある月分の介護(補償)給付の支給を請求する場合には、[介護の事実に関する申立て]の欄に、介護に従事した者の記名押印又は自筆による署名が必要です。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削	字	印
	加	字	

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	