

介護補償請求書

様式第13号の2

認定番号

☐ 新規

☐ 継続

地方公務員災害補償基金東京都支部長 殿 下記の介護補償を請求します。		請求年月日 平成 年 月 日	
		請求者の住所 ふりがな 氏 名	
1 被 関 災 す 職 る 員 事 に 関 連 す る	所属団体名		所属部局名
	氏 名		職 名 ☐ 常 勤 ☐ 令第1条職員
	年 月 日生 (歳)		負傷又は発病の年月日 平成 年 月 日
2	傷病等級又は障害等級	☐ 傷病等級 (第 級 号) ☐ 障害等級 (第 級 号)	3 年金証書の番号 第 号
	4 介護を要する状態の常時又は随時の別 ☐ 常時介護を要する状態 ☐ 随時介護を要する状態		
5 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額
	平成 年 月	☐ ある ☐ ない	円
	平成 年 月	☐ ある ☐ ない	円
	平成 年 月	☐ ある ☐ ない	円
	介護補償請求金額 (請求月額合計)		円
6 介護を受けた場所		☐ 居 宅 ☐ 病院・施設等 (名称:) 入院・入所期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)	
7 介 し 護 た に 者 従 事	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
			平成 年 月 日～平成 年 月 日
			平成 年 月 日～平成 年 月 日
			平成 年 月 日～平成 年 月 日

8 送 金 希 望 の 場 合	振 込 先	振込先金融機関名	銀行 支店	* 受 理	平成 年 月 日
		☐ 普通預金 ☐ 当座預金		* 決定金額	円
		口座番号		* 通 知	平成 年 月 日
		預金名義者		* 支 払	平成 年 月 日
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店		
	そ の 他				

〔注意事項〕裏面参照。

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する口に✓印を記入すること。
- 2 令第1条職員とは、再任用短時間勤務職員等及び常勤的非常勤職員をいう。
- 3 「5 請求金額等」の欄の「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額」、「請求月額」の項には、一の月ごとに記入すること。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えないこと。
- 4 「7 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。なお、当該欄が不足する場合には別葉にしても差し支えないこと。
- 5 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介護を要する状態の常時又は随時の別に変更がない場合には、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の一の月に介護費用を支出せず介護を受けた日があり当該介護を行う者が前回の請求における介護補償請求書に記載された者と変更がない場合で、当該月に係る介護補償の請求金額が57,190円（随時介護を要する状態にあるときは28,600円。）であるときには、その月に係る当該書類の添付を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一の月に支出した額を証明することができる書類（ただし、第2回目以後の請求において一の月に介護費用を支出せず介護を受けた日がある場合で、当該月に係る介護補償の請求月額が57,190円（随時介護を要する状態にあるときは28,600円。）であるときには、その月に係る当該書類の添付を省略することができるものであること。）
- 6 「請求者の氏名」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る。