

記載例 29 介護補償請求書

様式第13号の2

# 介護補償請求書

認定番号	0000-00000
<input type="checkbox"/> 新規	<input checked="" type="checkbox"/> 継続

地方公務員災害補償基金東京都支部長 殿		請求年月日 平成 29 年 5 月 8 日	
下記の介護補償を請求します。		請求者の住所 ○○県○○市○○ 1-2-3	
氏名 東京一郎		ふりがな とうきょういちろう (東京) 氏名 東京一郎	
1	所属団体名 東京都	所属部局名 ○○局○○部	
被災職員の事項	氏名 東京一郎	職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
	昭和37年10月10日生(54歳)	負傷又は発病の年月日 平成 25 年 10 月 1 日	
2	傷病等級又は障害等級 <input type="checkbox"/> 傷病等級(第 級 号) <input checked="" type="checkbox"/> 障害等級(第 1 級 3号)	3	年金証書の番号 第 13162001-00 号
4	介護を要する状態の常時又は随時の別 <input checked="" 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		
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 29 年 4 月	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	0 円
	平成 年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円
	平成 年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円
介護補償請求金額 (請求月額合計)			57,110 円
6	介護を受けた場所 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等(名称: 入院・入所期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日))		
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
	東京花子	妻	平成29年4月1日～平成29年4月30日
			平成 年 月 日～平成 年 月 日
8 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名 ○○銀行○○支店	*受理 平成 年 月 日
		<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	*決定金額 円
		口座番号 1234567	
	預金名義者 東京一郎	*通知 平成 年 月 日	
	送金小切手	受取先金融機関名 銀行 支店	*支払 平成 年 月 日
その他			

[注意事項] 裏面参照。