

## 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 令和3年2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 <small>ふりがな</small> 東京一郎 <small>とうきょういちろう</small>			
1 被災職員に 関する事項	所属団体名 東京都	所属部局名 ○○局○○部			
	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40年10月10日生(55歳)	負傷又は発病の年月日 平成28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13194001-00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			
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	請求月額	
	令和3年1月	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	0円	72,990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)			72,990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( 年 月 日~ 年 月 日))			
7 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		
	東京花子	妻	令和3年1月1日 ~ 令和3年1月31日		
			年 月 日 ~ 年 月 日		
			年 月 日 ~ 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	* 決定金額	円
		<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			
		口座番号	1234567		
		預金名義者	東京一郎	* 通知	年 月 日
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行 支店	* 支払	年 月 日
その他					
* 受理	所属部局	任命権者	基金支部		
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日		

〔注意事項〕裏面参照。