

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	〇〇〇〇-〇〇〇〇
<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 下記の介護補償を請求します。	請求年月日	令和 5 年 5 月 8 日
	請求者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3
	フリガナ 氏名	トウキョウ イチロウ 東京 一郎 (自署又は押印)

1 関被 す災 る職 事員 項に	所属団体名	東京都	フリガナ	トウキョウ イチロウ
	所属部局名	〇〇局〇〇部	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	負傷又は発病の年月日	昭和 42 年 10 月 10 日生 (55 歳) 平成 30 年 10 月 1 日

2	傷病等級 又は 障害等級	<input type="checkbox"/> 傷病等級 (第 級第 号) <input checked="" type="checkbox"/> 障害等級 (第 1 級第 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
請求 金額 等	令和 5 年 4 月	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	0 円	77,890 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
	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)			

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 し介 た護 者 に 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	令和5 年 4 月 1 日 ~ 令和5 年 4 月 30 日
			年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日 ~ 年 月 日

8 送金 希望 口座 等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する	個人番号	
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する	金融機関名	〇〇銀行 本支店等名 〇〇支店 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		口座番号	1234567 口座名義人 氏名 (フリガナ) 東京 一郎 (トウキョウ イチロウ)
	<input type="checkbox"/> その他		

* 受理 (到達した年月日)	所属部局	任命権者	基金支部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日

* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払	年 月 日
--------	---	------	-------	------	-------

[注意事項] 裏面参照。