別記第6号の2(第8条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護補償請求書 | 請求回数 | 第　　　回 |
| (実施機関の職氏名)　　　　　　　　　　　　　　　様　次のとおり介護補償を請求します。 | 請求年月日　　　　　　　年　月　日 |
| 請求者の住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　 |
| 1被災職員に関する事項 | 所属部局名 | 職名 |
| 氏名 | 　　年　　月　　日生(　歳) |
| 負傷または発病の年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 2 | 傷病等級または障害等級 | □　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区分 | 　　□　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 | 請求金額 |
| 　年　月 | □ある　　□ない | 円 | 円 |
| 　年　月 | □ある　　□ない | 円 | 円 |
| 　年　月 | □ある　　□ない | 円 | 円 |
| 介護補償請求金額(請求月額の合計) | 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(　年　月　日～　年　月　日) |
| 7介護に従事した者 | 氏名 | 請求者との続柄または関係 | 請求者が介護を受けた期間 |
| 　 | 　 | 　年　月　日～　年　月　日 |
| 　 | 　 | 　年　月　日～　年　月　日 |
| 　 | 　 | 　年　月　日～　年　月　日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ８　口座振替等を希望する場合 | 口座振替 | 振込先金融機関名 | 　　銀行　　支店 | ＊受理 | 　年　月　日 |
| □普通預金　　□当座預金 |
| ＊決定金額 | 円 |
| 口座番号 | 　 |
| 預金名義者氏名 | 　 | ＊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 | 　 |

〔注意事項〕

　1　請求者は、＊印の欄には、記入しないでください。また、該当する□の中には、レ印を記入してください。

　2　「5　請求金額等」の項の「請求対象年月」欄、「介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無」欄、「介護費用として支出した額」欄および「請求月額」欄は、1か月ごとに記入してください。

　　なお、欄が不足する場合には、別紙にしても差し支えありません。

　3　「7　介護に従事した者」の項には、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つた者について記入してください。

　　なお、欄が不足する場合には、別紙にしても差し支えありません。

　4　この請求書には、次に掲げる書類を添付してください。

　(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または歯科医師の診断書(第2回目以後の請求において介護を要する状態の区分に変更がない場合には、省略することができます。)

　(2)　介護補償を受けようとする期間における介護の事実ならびに介護に従事した者の氏名および請求者との続柄または関係を証明する書類(第2回目以後の請求において請求対象年月のうち1の月に介護費用を支出せずに介護を受けた日があり当該介護を行つた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、その月に係る介護補償の請求月額が58,750円(随時介護を要する状態にあるときは、29,380円)であるときは、その月に係るこの書類の添付を省略することができます。)

　(3)　介護費用を支出して介護を受けた日がある場合にあつては、介護を受けた年月日および時間ならびに介護費用としてその月に支出した額を証明することができる書類(第2回目以後の請求において請求対象年月のうち1の月に介護費用を支出せずに介護を受けた日がある場合で、その月に係る介護補償の請求月額が58,750円(随時介護を要する状態にあるときは、29,380円)であるときは、その月に係るこの書類の添付を省略することができます。)