

様式第13号の2

介護補償請求書

認定番号	
<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続

地方公務員災害補償基金 北海道 支部長 殿 ..... 下記の介護補償を請求します。	請求年月日 年 月 日 請求者の住所 ..... フリガナ 氏 名
---	---

1 関被 する災 職事員 項に	所属団体名	フリガナ 氏 名
	所属部局名	年 月 日生 ( 歳)
	職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 年 月 日

2	傷病等級 又は 障害等級	<input type="checkbox"/> 傷 病 等 級 (第 級 第 号) <input type="checkbox"/> 障 害 等 級 (第 級 第 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	<input 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	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
	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 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
			年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日 ~ 年 月 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 type="checkbox"/> 任意の口座を指定する
	金融機関名 ..... 本支店等名 ..... 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 ..... 口座名義人 氏名 (フリガナ)
<input type="checkbox"/> 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

* 決 定 金 額	円	* 通 知	年 月 日	* 支 払	年 月 日
-----------	---	-------	-------	-------	-------

[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、該当する口にレ印を記入すること。
- 2 「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」及び「請求月額」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。
- 3 「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。
- 4 「8 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 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、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、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に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月額が75,290円（随時介護を要する状態にあるときは37,600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、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75,290円（随時介護を要する状態にあるときは37,600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 年月日の記載には元号を用いる。