

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 大阪府支部長 様<br><br>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                       |     |
|  |             | ふりがな  |   |                              |     |
|  |             | 氏 名   |   |                              |     |
| 1  | 所属団体名       | 所属部局名   |   |                              |     |
|  | 氏 名         | 職 名   | <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 令第 1 条職員 |                              |     |
|  | 年 月 日生 ( 歳) | 負 傷 又 は   | 年 月 日   |                              |     |
| 2 傷病等級又は障害等級                               |             | <input type="checkbox"/> 傷病等級 (第 級 号)<br><input type="checkbox"/> 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<br>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<br>請求金額等                                 | 請求対象年月      | 介護費用を支出せずに<br>介護を受けた日の有無  | 介護費用として<br>支出した額  | 請 求 月 額                      |     |
|  | 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 (請求月額合計)                          |             |   |   | 円                            |     |
| 6 介護を受けた場所                                 |             | <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等 (名称: )<br>入院・入所期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) |   |                              |     |
| 7<br>介した<br>に者<br>従事                       | 氏 名         | 請求者との<br>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   |                              |     |

|              |       |   |       |        |       |
|--------------|-------|---|-------|--------|-------|
| 8<br>送金希望の場合 | 振 込 手 | 振込先金融機関名  | 銀行 支店 | * 決定金額 | 円     |
|              |       | <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 |       |        |       |
|              |       | 口座番号  |       |        |       |
|              | 預金名義者 |   |       | * 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。

〔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」、「請求月額」の項には、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 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、第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。）
  - (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、第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金額が地方公務員災害補償法第30条の2第1項の総務大臣が定める金額と同額であるときには、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。）
  - (3) 介護費用を支出して介護を受けた日がある場合にあっては、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、第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地方公務員災害補償法第30条の2第1項の総務大臣が定める金額と同額であるときには、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。）
- 5 年月日の記載には元号を用いる。