

介護事業労働者介護給付支給請求書

Table with 10 columns for katakana characters (ア, カ, サ, タ, ナ, ハ, マ, ヤ, ラ, ワ) and numbers 0-9.

Header section containing form fields for ① 管轄局署, ② 受付年月日 (元号, 年, 月, 日), ③ 特別コード, and ④ 介護料区分 (1有, 3無).

(注意) 一、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式の右上に記載された「標準字体」にならうて、枠からはみださないように大きめの力

Main body of the form with multiple sections: (イ) 年金証書番号, (ロ) 受給している労災年金の種類, (ハ) 障害の部位及び状態並びに当該障害を有することに伴う日常生活の状態については別紙診断書のとおり。 (ニ) ⑥ 氏名 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて左ヅメで記入してください。 (ホ) 請求対象年月, (ヘ) 費用を支出して介護を受けた日数, (ト) 介護に要する費用として支出した費用の額. (フ) ⑩ 預(貯)金の種別, ⑪ 口座番号 (左詰め), ⑫ 口座名義人 (カタカナ). (ウ) 介護場所受, (エ) 介護に従事した者.

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します) 裏面の注意事項を讀んでから記入してください。折り曲げる場合は( )の所を谷折りし、( )の所を谷折りしていただきます。

上記により介護補償給付の支給を請求します。 住所 氏名 労働基準監督署長 殿

【介護の事実に関する申立て】 私は、上記(リ)及び(ヌ)のとおり介護に従事したことを申し立てます。 住所 氏名 電話番号

様式第16号の2の2(裏面)

[注意]

- 1 初めて介護(補償)等給付を請求する場合は、(ハ)の障害の部位及び状態並びに当該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を添えること。
- 2 (イ)及び(ロ)について、障害(補償)等給付支給請求書を同時に提出する場合にあっては、記入する必要はないこと。
- 3 障害(補償)等年金又は傷病(補償)等年金を現に受給している者は、(ロ)に当該受給している年金にを付すとともに、その等級を記入すること。
- 4 (ホ)の「請求対象年月」は、請求する月について必ず記入すること。  
その月に費用を支出して介護を受けた日がある場合には、(ヘ)及び(ト)に日数及び金額を全て記入し当該支出した費用の額を証する書類を添えること。  
その月に費用を支出して介護を受けた日がない場合には、(ヘ)及び(ト)は記入する必要はないこと。
- 5 (ヌ)の「介護に従事した者」の欄には、介護期間((ホ)の「請求対象年月」に相当する期間)において介護に従事した全ての者について記入すること。
- 6 (ヌ)の「介護に従事した者」の欄の「氏名」、「生年月日」及び「続柄」の欄は、親族又は友人・知人による介護を受けた場合に記入すること。
- 7 複数事業労働者介護給付の請求は、介護補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされること。
- 8 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を要因とすることが明らかな疾病以外は、介護補償給付のみで請求されることとなること。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			( ) —