

第6号様式の4(第7条)

介護補償請求書				請求回数	第 回
(実施機関の職氏名)		請求年月日 年 月 日			
次の介護補償を請求します。		請求者の住所 氏 名			印
1 (所属部局)					
2 (氏 名)		3 (職種)			
年 月 日生(歳)		4 (負傷又は 発病年月日) 年 月 日			
5 傷病等級又は 障害等級	傷 病 等 級 (第 級第 号) 障 害 等 級 (第 級第 号)	6 年金証書の番 号	第 号		
7 介護を要する状態の常時又は 随時の別		常時介護を要する状態 随時介護を要する状態			
8 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 月 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(請求月額合計)			円	
9 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)			
10 介護した 従者	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		
11 送金希望の 場合	振 込 金 融 機 関 先 名	銀 行 支 店		受 理	年 月 日
	預 金 科 目	普 通 預 金 当 座 預 金		決 定	年 月 日
	口 座 番 号			支 払	年 月 日
	預 金 名 義 者				

□ 座 名義人	フリガナ		決 定 金 額	円
	氏 名			

(注意)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 にレ印を記入してください。

2 「8 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」の項には、一の月ごとに記入してください。

なお、当該欄が不足する場合には、別棄にしても差し支えありません。

3 「10 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してください。

なお、当該欄が不足する場合には、別棄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又は歯科医師の診断書。ただし、月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費用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 円(随時介護を要する状態にあるときは、 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補償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 円(随時介護を要する状態にあるときは、 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ます。

5 署名することにより、氏名の記入及び押印に代えることができます。

(A4)