

介護補償請求書

請求回数	第	回
------	---	---

長野県市町村総合事務組合管理者 様		請求年月日 平成 年 月 日	
.....		請求者の住所	
下記の介護補償を請求します。		氏 名 ①	
1 被 災 職 員 に 関 する 事 項	(所属部局)		(職 種)
	(氏 名)		年 月 日生 (歳)
	(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 号) <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 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
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	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:) 入院・入所期間(年 月 日～ 年 月 日)			
7 介 護 に た 従 事 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

8 送 の 金 場 希 望 合	振込先		銀行 支店	
	預金科目		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	
	振込 口 座	番 号		
		住 所		
	氏 名			

※受 理	年 月 日
※決 定	年 月 日
※支 払	年 月 日
※決定金額	円

[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□に✓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。ただし、第2回目以後の請求において管理者が別に定める場合には、添付する必要がないこと。
 - (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
 - (2) 介護補償を受けようとする期間における介護の事実を証明する書類
 - (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書類
- 5 「8 送金希望の場合」の欄は、この請求に係る補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。