

請求書記載例

様式第16号の2の2(表面)

労働者災害補償保険 標準字体

介護補償給付 支給請求書

① 管轄局著 ② 受付年月日 ③ 性別

※ 35250

(注意) 一、□□□で表示された枠以下記入枠という。に記入する文字は、光学的文字読取装置(OCR)で直接読取りを行いますので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりつけたりしないでください。

二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください(ただし、⑩の欄については該当番号を記入枠に記入してください)。

三、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」になって、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明らかに記載してください。

※印の欄は記入しないでください。職員が記入します。

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。折り曲げる場合には④の所を谷に折りさるるに2つ折りにしてください。

④ 年金証書番号 113919900

⑤ 氏名(カタカナ)：姓と名の間に1字あけて左詰めで記入してください。 **ミヤシタ トシヒロ**

⑥ 生年月日 昭和 21年 2月 2日

⑦ 請求対象年月 7196

⑧ 介護に要した費用の額 72000

⑨ 介護に要した費用の額 72000

⑩ 介護に要した費用の額 72000

⑪ 介護に要した費用の額 72000

⑫ 介護に要した費用の額 72000

⑬ 介護に要した費用の額 72000

⑭ 介護に要した費用の額 72000

⑮ 介護に要した費用の額 72000

⑯ 介護に要した費用の額 72000

⑰ 介護に要した費用の額 72000

⑱ 介護に要した費用の額 72000

⑲ 介護に要した費用の額 72000

⑳ 介護に要した費用の額 72000

㉑ 介護に要した費用の額 72000

㉒ 介護に要した費用の額 72000

㉓ 介護に要した費用の額 72000

㉔ 介護に要した費用の額 72000

㉕ 介護に要した費用の額 72000

㉖ 介護に要した費用の額 72000

㉗ 介護に要した費用の額 72000

㉘ 介護に要した費用の額 72000

㉙ 介護に要した費用の額 72000

㉚ 介護に要した費用の額 72000

㉛ 介護に要した費用の額 72000

㉜ 介護に要した費用の額 72000

㉝ 介護に要した費用の額 72000

㉞ 介護に要した費用の額 72000

㉟ 介護に要した費用の額 72000

㊱ 介護に要した費用の額 72000

㊲ 介護に要した費用の額 72000

㊳ 介護に要した費用の額 72000

㊴ 介護に要した費用の額 72000

㊵ 介護に要した費用の額 72000

㊶ 介護に要した費用の額 72000

㊷ 介護に要した費用の額 72000

㊸ 介護に要した費用の額 72000

㊹ 介護に要した費用の額 72000

㊺ 介護に要した費用の額 72000

㊻ 介護に要した費用の額 72000

㊼ 介護に要した費用の額 72000

㊽ 介護に要した費用の額 72000

㊾ 介護に要した費用の額 72000

㊿ 介護に要した費用の額 72000

⑳ 口座名義人(カタカナ)：姓と名の間に1字あけて左詰めで記入してください。 **ミヤシタ トシヒロ**

㉑ 口座番号(標準字体) **9876543**

㉒ 振込を希望する金融機関の名称 **東部 越谷 宮下俊弘**

㉓ 口座名義人 **宮下俊弘**

㉔ 金融機関コード

㉕ 住所 **越谷市中町×-×**

㉖ 介護期間・日数

区分	介護期間・日数	氏名	生年月日	続柄
① 親族・知人・看護師・家政婦又は看護補助者	6月1日から8月31日まで 92日間	宮下 綾	昭和 22年 1月 15日	妻
② 親族・知人・看護師・家政婦又は看護補助者	6月1日から8月31日まで 92日間	平岡 恵子	昭和 26年 3月 15日	義妹
③ 親族・知人・看護師・家政婦又は看護補助者	7月3日から7月27日まで 25日間		年 月 日	

㉗ 添付する書類 **イ 診断書**

㉘ 介護に要した費用の額の証明書(1通)

上記により 介護補償給付 介護給付 請求します。 **〒343-0000 ☎(0489) ××-9876**

19年 9月 5日 住所 **越谷市中町×-×**

請求人の () 方

氏名 **宮下 俊弘** (宮)

春日部 労働基準監督署長 殿

業務災害の場合は、介護補償給付を○で囲むか介護給付に一線を入れてください。また、通勤災害の場合は、介護給付を○で囲むか介護補償給付に一線を入れてください。

受給している年金の□に✓を付すとともに、等級を記入してください。

あなたの年金証書の番号を記入してください。なお、まだ年金証書を受け取っていない方は記入不要です。

介護(補償)給付の支給を請求する年月について記入してください。

請求する年月のうち、費用を支払って介護を受けた場合のみ、その日数と要した費用を記入してください。なお、費用を支払っていない場合には記入不要です。

銀行等に振込を希望する場合は、請求人本人の口座番号を記入してください。

あなたに対して介護をされた方について、氏名、生年月日、続柄、介護期間(介護を行った最初の日と最終の日)及び介護を行った日数を記入し区分について該当するものに○をつけてください。

なお、区分がハ、二の場合については、氏名、生年月日、続柄についての記入は不要です。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

親族又は友人・知人により介護を受けた場合には、介護をされた方の申立てが必要となります。介護をされた方にこの欄に住所、氏名、電話番号を記入していただいでください。

【介護の事実に関する申立て】

私は、上記①及び②のとおり介護に従事したことを申し立てます。

住	越谷市中町 ×-×	氏	宮下 綾	電話	0489-××-9876
所	草加市松原 ○-○	名	平岡 恵子	電話	0489-△△-1234

(物品番号 7541) 18.9