

(注意)

介護補償給付 支給請求書

0	1	2	3	4	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン
5	6	7	8	9	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル
					エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。
					オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。
(例) カハハ

帳票種別 35250		① 管轄局署 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		② 受付年月日 元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		③ 特別コード <input type="checkbox"/>		④ 介護料区分 1有 3無	
⑤ 管轄局種別 西暦年 番号		⑥ 氏名(カタカナ): 姓と名の間は1字あけて左詰めで記入してください。		⑦ 受給している労災年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害(補償)年金 級 <input type="checkbox"/> 傷病(補償)年金 級		⑧ 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。			
⑨ 年金証番号		⑩ 氏名(カタカナ): 姓と名の間は1字あけて左詰めで記入してください。		生年月日 年 月 日					
⑪ 請求対象年月 元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		⑫ 費用を支出して介護を受けた日数 日		⑬ 介護に要する費用として支出した費用の額 十 万 万 千 百 十 円		介護に従事した者 親族 友人・知人 看護婦・家政婦又は看護補助者 施設職員		※ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬	
⑭ 請求対象年月 元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		⑮ 費用を支出して介護を受けた日数 日		⑯ 介護に要する費用として支出した費用の額 十 万 万 千 百 十 円		介護に従事した者 親族 友人・知人 看護婦・家政婦又は看護補助者 施設職員		※ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰	
⑰ 請求対象年月 元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		⑱ 費用を支出して介護を受けた日数 日		⑲ 介護に要する費用として支出した費用の額 十 万 万 千 百 十 円		介護に従事した者 親族 友人・知人 看護婦・家政婦又は看護補助者 施設職員		※ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳	
㉑ 口座名義人(カタカナ): 姓と名の間は1字あけて左詰めで記入してください。									
㉒ (続き) 口座名義人(カタカナ)									
㉓ 預(貯)金の種別 1:普通 3:当座									
㉔ 口座番号: 右詰めで記入してください。									
右の欄及び㉕から㉗までの欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届出た口座を変更する場合のみ記入してください。		振込を希望する金融機関の名称		口座名義人		㉕ 金融機関コード			
① 介護場所等		② 住所		③ 所在地		④ 名称			
⑤ 氏名		⑥ 生年月日		⑦ 続柄		⑧ 介護期間・日数		⑨ 区分	
⑩ 氏名		⑪ 生年月日		⑫ 続柄		⑬ 介護期間・日数		⑭ 区分	
⑮ 氏名		⑯ 生年月日		⑰ 続柄		⑱ 介護期間・日数		⑲ 区分	

※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)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

上記により 介護補償給付 介護給付 の支給を 請求します。

〒 - - () -

住所 _____

請求人の (方)

氏名 _____ (印)

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。

住所	氏名	電話番号