

国家公務員災害補償
介護補償請求書

請求回数 第 回

(実施機関の長の官職氏名)殿		請求年月日 令和 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 (所属部局)		2 (氏名) 年 月 日生		
3 (官職) <input type="checkbox"/> 常 勤 (<input type="checkbox"/> 非常勤)		4 (負傷又は発病年月日) 令和 年 月 日		
5 (受けている年金の種類) <input type="checkbox"/> 傷病補償年金(傷病等級第 級第 号) <input type="checkbox"/> 障害補償年金(障害等級第 級第 号)		6 (年金証書の番号) 第 号		
7 (障害の部位及びその程度並びに当該障害に伴う日常生活の状態)			8 (介護を要する状態の区分) <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	
9 請求 内容	請求対象年月	介護に要する費用として支出した額	親族等から介護を受けた日の有無	請求月額
	令和 年 月	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
	令和 年 月	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
10 (介護を受けた場所) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等(名称:) 入院(入所)期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日				
11 親族等 で介護 に従事 した者	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	
			令和 年 月 日～令和 年 月 日	
			令和 年 月 日～令和 年 月 日	
			令和 年 月 日～令和 年 月 日	
12 介護補償請求金額				円
13 添付する書類その他の資料名				
※受理 令和 年 月 日		※決定 令和 年 月 日		※支払 令和 年 月 日
				※決定金額 円

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「7 (障害の部位及びその程度並びに当該障害に伴う日常生活の状態)」の欄については、第 1 回目の請求を行う場合及び第 2 回目以降の請求において介護を要する状態に変更があった場合にのみ記入することとし、記入事項が添付する医師等の証明書又はその写しの記載事項と同じであるときは「証明書のとおり」と記入すること。
- 3 この請求書には、常時又は随時介護を要する状態にあることの決定に必要な医師等の証明書又はその写しその他必要な書類を添付すること。ただし、第 2 回目以降の請求において介護を要する状態に変更がない場合は、医師等の証明書又はその写しを添付しなくてもよい。