明治二十五年三月三十一日　第三種郵便物認可

■ 様式第16号の2の2（表面）

労働者災害補償保険
介護補償給付
介護給付　支給請求書

標準字体

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	ー

ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。

（例）カ゛　ハ°

帳票種別 ※35290

①管轄局署 □□□□

②受付年月日 元号 年 月 日

③特別コード □

④介護料区分 □ 1有 3無

（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、光学式文字読取装置（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、㉚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」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明りょうに記載してください。

(イ) ⑤ 年金証書番号 管轄局 種別 西暦年 番号

(ロ)受給している労災年金の種類
□ 障害（補償）　年金　級
□ 傷病（補償）　年金　級

(ハ) 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。

(ニ) ⑥ 氏名（カタカナ）：姓と名の間は1字あけて左ヅメで記入してください。
労働者の 氏名

生年月日 年 月 日

住所

	(ホ)請求対象年月	(ヘ)費用を支出して介護を受けた日数	(ト)介護に要する費用として支出した費用の額	介護に従事した者	親族	友人・知人	看護師・家政婦又は看護補助者	施設職員
7平成	⑦ 元号 年 月	⑧	⑨	※ ⑩	⑪	⑫	⑬	
7平成	⑭ 元号 年 月	⑮	⑯	※ ⑰	⑱	⑲	⑳	
7平成	㉑ 元号 年 月	㉒	㉓	※ ㉔	㉕	㉖	㉗	

1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

右の欄及び㉚から㉝までの欄は、口座を新規に届け出る場合、又は、届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

新規・変更

振込を希望する金融機関の名称：銀行 金庫 農協 漁協 信組　本店・本所 出張所 支店・支所

口座名義人

㉘ ※金融機関コード　金融機関　店舗

㉙ ※郵便局コード

(チ) ㉚預(貯)金の種別 1:普通 3:当座

㉛口座番号又は記号番号（左ヅメ）

口座名義人（カタカナ）：姓と名の間は1字あけて左ヅメで記入してください。

㉜

（続き）口座名義人（カタカナ）

㉝

(リ)介護を受けた場所等　イ 住居　ロ 施設等（ただし、老人保健施設、身体障害者療護施設、特別養護老人ホーム、原子爆弾被爆者特別養護ホーム及び労災特別介護施設は除く。）

所在地　名称　電話（　）　－

(ヌ) 介護に従事した者

氏名	生年月日	続柄	介護期間・日数	区分
	年 月 日		月 日から 月 日まで 日間	イ 親族　ロ 友人・知人　ハ 看護師・家政婦又は看護補助者　ニ 施設職員
	年 月 日		月 日から 月 日まで 日間	イ 親族　ロ 友人・知人　ハ 看護師・家政婦又は看護補助者　ニ 施設職員
	年 月 日		月 日から 月 日まで 日間	イ 親族　ロ 友人・知人　ハ 看護師・家政婦又は看護補助者　ニ 施設職員

(ル)添付する書類　イ 診断書　ロ 介護に要した費用の額の証明書（　通）

上記により介護補償給付／介護給付の支給を請求します。

年 月 日

〒 －　電話（　）　－

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(リ)及び(ヌ)のとおり介護に従事したことを申し立てます。

住所		氏名	印	電話番号	

■

様式第十六号の二の二（表面）を次のように改める。

■

※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入してください。

折り曲げる場合には◀の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。