

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

**TRAMITES PARA LA SOLICITUD DEL PAGO
DE SUBSIDIOS PARA (LA COMPENSACION
POR) LA ASISTENCIA DE ENFERMERIA**

Para aquéllos que tengan asistencias
de enfermeria por accidentes
sufridos durante el trabajo o viajes
al/del trabajo.

MINISTERIO DEL TRABAJO
OFICINAS PREFECTURALES DE CONTROL DE CONDICIONES DE
TRABAJO
COMISARIA SUPERVISORA DE CONDICIONES DE TRABAJO



Se pagan subsidios para la compensación por la asistencia de enfermería en caso de accidentes sufridos durante el trabajo, y subsidios para la asistencia de enfermería en caso de accidentes sufridos durante el viaje al/del trabajo, que en adelante se referirá como ; "subsidios para (la compensación por) la asistencia de enfermería" a ambos, a todos aquellos clasificados en la primera categoría de las pensiones por (la compensación de) incapacidades o de las pensiones por (la compensación de) enfermedades, y también a aquéllos clasificados en la segunda categoría de las mismas con incapacidades neuromentales, pulmonares o intestinales siempre y cuando éstos estén teniendo asistencias de enfermería.

REQUISITOS PARA EL PAGO :

1 Que el grado de su incapacidad sea del nivel definido.

Para el pago de los subsidios para (la compensación por) la asistencia de enfermería se clasifica el grado de la incapacidad en dos categorías ; una con asistencia constante y la otra con asistencia temporal.

	El grado de incapacidad correspondiente
Con asistencia constante	① Aquellos que tengan incapacidades posteriores en el sistema mental-nervioso, en los pulmones o en los intestinos y necesiten asistencia constante de enfermería (con el grado de incapacidad que corresponda al artículo 3-4 de la primera categoría, o el grado de enfermedad/lesión al artículo 1-2 de la primera categoría). ② Aquellos con la pérdida de vista en ambos ojos y que tengan una incapacidad que corresponda a las categorías primera y segunda de incapacidad o de enfermedad/lesión. Aquellos que hayan perdido ambos brazos o ambas piernas, o que ambos brazos o ambas piernas no sean capaces de utilizarse, o aquellos que necesiten asistencias similares a las definidas en el artículo ①.
Con asistencia temporal	① Aquellos que tengan incapacidades posteriores en el sistema mental-nervioso, en los pulmones o en los intestinos y necesiten asistencia temporal de enfermería (con el grado de incapacidad que corresponda al artículo 2-2-3 de la segunda categoría, o el grado de enfermedad/lesión al artículo 1-2 de la segunda categoría). ② Aquellos con una incapacidad que corresponda a la primera categoría de incapacidad o de enfermedad/lesión y que no necesiten asistencia constante.

2 Que esté recibiendo asistencias en el momento.

Es menester estar recibiendo asistencias de enfermería de algún servicio privado pagadero o de parientes, amigos o conocidos.

3 Que no esté internado en un sanatorio para incapacitados o en un centro de cuidado médico para ancianos, asilo de ancianos, o asilo especial para las víctimas de bombas atómicas.

Puesto que se considera que en estas instituciones los internados pueden recibir asistencias suficientes de enfermería, no califican para el pago de este subsidio.

LOS MONTOS PAGABLES

Se pagan los siguientes montos de los subsidios para (la compensación por) la asistencia de enfermería.

1) En caso de asistencias constantes

Se pagará el monto correspondiente al desembolsado para recibir la asistencia, con un límite de ^{106.100}~~108.300~~ yenes.

Para aquellos que estén recibiendo asistencias de parientes, amigos o conocidos y no hayan desembolsado para recibir la asistencia, o que el monto desembolsado para recibir la asistencia sea inferior a ^{57.580}~~58.750~~ yenes, se pagará ^{57.580}~~58.750~~ yenes a todos.

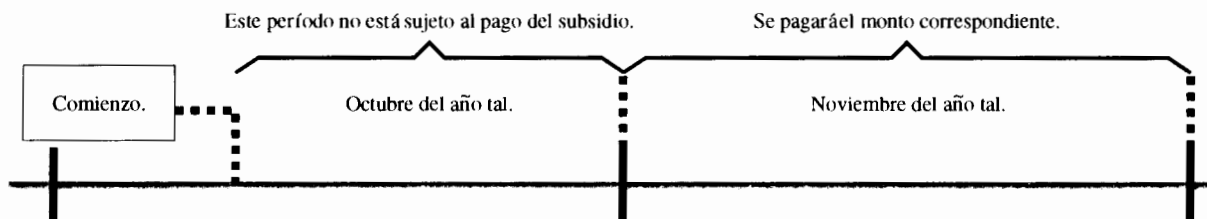
2) En caso de asistencias temporales

Se pagará el monto correspondiente al desembolsado para recibir la asistencia, con un límite de ^{53.050}~~54.150~~ yenes.

Para aquellos que estén recibiendo asistencias de parientes, amigos o conocidos y no hayan desembolsado para recibir la asistencia, o que el monto desembolsado para recibir la asistencia sea inferior a ^{28.790}~~29.380~~ yenes, se pagará ^{28.790}~~29.380~~ yenes a todos.

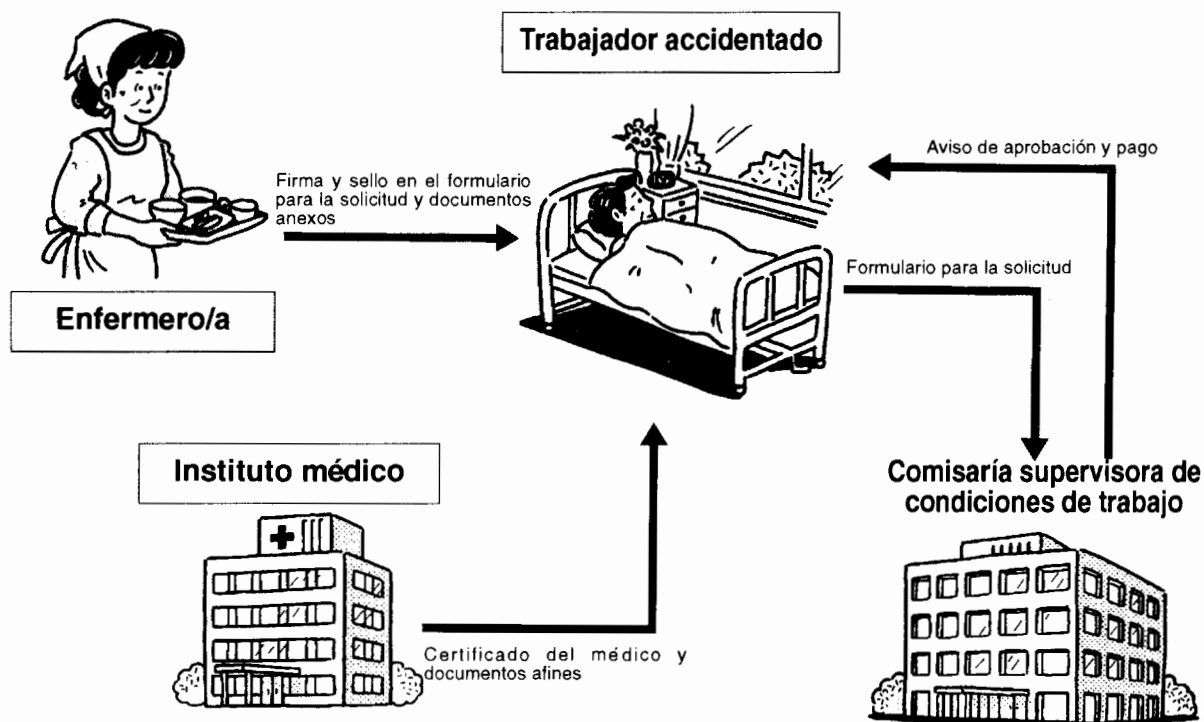
Cuando la asistencia comience en medio del mes, se efectuará el pago de la siguiente manera :

- ① En caso de que comience a recibir la asistencia pagadera en medio del mes, se pagará el monto desembolsado dentro del límite arriba mencionado.
- ② En caso de que comience a recibir la asistencia sin necesidad de pagar, no se pagará durante ese mes.



Aun cuando su caso corresponda a este artículo, por favor escriba en el espacio de "Período sujeto al pago del subsidio", el mes en que comience la asistencia (en este ejemplo, octubre del año tal).

PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD



Para solicitar el pago de los subsidios para (la compensación por) la asistencia de enfermería, por favor presente al comisionado supervisor de condiciones de trabajo competente el formulario para la solicitud (llenado) junto con el certificado médico o del dentista y el certificado de la cantidad desembolsada para la asistencia, siendo innecesario este último cuando no haya pagado. Tampoco deben presentar el certificado médico los que estén recibiendo las pensiones por (la compensación de) enfermedades, aquellos cuyo grado de incapacidad corresponda a los artículos 3 y 4 de la primera categoría y al artículo 2·2-3 de la segunda categoría ni aquellos que hayan recibido subsidios para la asistencia de enfermería de los programas de bienestar laboral. Al presentar la solicitud de los subsidios para (la compensación por) la asistencia de enfermería repetidamente, tampoco hace falta el certificado médico desde la segunda vez.

La solicitud de los subsidios para (la compensación por) la asistencia de enfermería se hace generalmente cada mes, aunque también se puede hacer para tres meses de una vez.

FECHA LIMITE PARA LA SOLICITUD

El derecho a recibir los subsidios para (la compensación por) la asistencia de enfermería caduca dentro de dos años contados desde el primer día del mes que sigue al que comience a recibir la asistencia.

- A - ① -----> 1. Este es el "Formulario para la solicitud de los subsidios para (la compensación por) la asistencia de enfermería".
- A - ② -----> 2. Favor de marcar con un ① el subsidio que solicite. Marque 「介護補償給付」 cuando se trate de accidente de trabajo, y 「介護給付」 cuando se trate de accidente durante el viaje al/del trabajo.
- A - ③-④ -----> 3-4. Llene este espacio en caso de que usted esté recibiendo pensiones por el seguro de accidente de trabajo. Escriba el número de la póliza de la pensión en el espacio 3, y en el espacio 4, escriba 「レ」 en el □ de la pensión que esté recibiendo.
- A - ⑤ -----> 5. Escriba el apellido y nombre del solicitante.
- A - ⑥ -----> 6. Escriba en "katakana" el apellido y nombre del trabajador accidentado. (Favor de escribir de manera exacta la pronunciación de los mismos, pidiendo, en caso de no saberlo, a una persona que pueda).
- A - ⑦ -----> 7. Escriba la fecha de nacimiento del solicitante.
- A - ⑧ -----> 8. Escriba la dirección del solicitante.
- A - ⑨ -----> 9. Escriba el mes y el año según el calendario japonés para los que solicite el pago de los subsidios para (la compensación por) la asistencia de enfermería.
- A - ⑩-⑪ -----> 10-11. Este espacio tiene que llenarse cuando usted reciba asistencia de enfermería por su propia cuenta. Escriba en el espacio 10 el número de días que haya tenido la asistencia, y en el espacio 11 el monto pagado.
- A - ⑫-⑮ -----> 12-18. Este espacio tiene que llenarse cuando usted abra una nueva cuenta en una institución financiera por la que desea recibir los subsidios o cambie la actual a otra nueva. Marque con un ○ el 「新規」 cuando se trata de una nueva cuenta, y el 「変更」 cuando se trata de un cambio a otra. Escriba en el espacio 13 el nombre del instituto financiero, el nombre de la sucursal en el 14, y el nombre del titular de la cuenta en el 15. En el espacio 16 escriba el número de la cuenta y en el 17 el nombre del titular de la misma en "katakana". Si es una cuenta de ahorros, escriba 「1」 en el espacio 18, y si es una cuenta corriente, escriba 「3」 en el mismo.
- A - ⑲ -----> 19. Marque con un ○ el 「イ」 en el caso de asistencia domiciliaria, y 「ロ」 en el caso de que usted la reciba en un instituto especializado.
- A - ⑳ -----> 20. Si usted haya marcado 「ロ」 en el espacio anterior, escriba aquí la dirección, el nombre y el número de teléfono del instituto.
- A - ㉑ -----> 21. Marque con un ○ la clase de persona que le ha dado la asistencia. Si es un familiar, marque el 「イ」, si es un amigo o conocido, marque el 「ロ」, si es un/una enfermero/a, marque el 「ハ」, y si es empleado del centro de asistencias, marque el 「ニ」.
- A - ㉒-㉕ -----> 22-25. Este espacio debe rellenarse si usted haya marcado el 「イ」 o 「ロ」 en el espacio anterior. Escriba el nombre de la persona que le ha dado la asistencia en el espacio 22, su fecha de nacimiento en el 23, su relación con la persona en el 24, y el período y los días que ha tenido la asistencia en el espacio 25.
- A - ㉖ -----> 26. Marque con un ○ la clase de subsidio que desea recibir. Si se trata de un accidente de trabajo, elija 「介護補償給付」, y si es un accidente sufrido durante el viaje al/del trabajo, marque 「介護給付」.
- A - ㉗ -----> 27. Escriba la fecha en que presenta este formulario.
- A - ㉘ -----> 28. Escriba el nombre de la comisaría supervisora de condiciones de trabajo en cuya jurisdicción se encuentra el lugar de su trabajo.
- A - ㉙ -----> 29. Escriba el código postal del solicitante.
- A - ㉚ -----> 30. Escriba el número de teléfono del solicitante.
- A - ㉛ -----> 31. Escriba la dirección del solicitante.
- A - ㉜ -----> 32. Escriba el nombre del solicitante.
- A - ㉝ -----> 33. Selle o firme.
- A - ㉞ -----> 34. Este espacio debe rellenarse si usted ha elegido 「イ」 o 「ロ」 en el espacio 21. Hace falta la declaración de la persona que haya realizado la asistencia, por lo tanto pídale que escriba aquí su dirección, nombre y número de teléfono, junto con su sello o firma.

Example of How to Fill in the Certificate

B - ① 介護に要した費用の額の証明書

被介護者氏名	B - ②	対象年月	平成	B - ③	年	月分
介 護 人 の 証 明	介護を行った日 及び日数	B - ④	日から		日まで	
			日から		日まで	
				計		日間
介護を行った 場所	B - ⑤					
代 金	B - ⑥					円
<p>B - ⑦ 平成 年 月における介護の代金として上記の金額を領収したことを証明します。</p> <p>B - ⑧ 平成 年 月 日</p> <p>介護人の 住 所 B - ⑨ 電 話 - B - ⑩ - 氏 名 B - ⑪ ⑥ B - ⑫</p> <p>B - ⑬ 職 業 家政婦・看護婦・その他 ()</p> <p>B - ⑭ 被介護者との親族関係 無・有(被介護者の)</p> <p>B - ⑮ 被介護者との同居の有無 有・無</p>						

〔注意〕 介護人の職業欄、被介護者との親族関係の欄及び被介護者との同居の有無欄は、該当事項を○で囲み、必要事項を記載すること。

- B - ① -----> 1. Este formulario debe presentarse junto con la solicitud de los subsidios para (la compensación por) la asistencia de enfermería cuando usted haya recibido un servicio de asistencia pagadero. Para ser aprobado, es necesario que la persona que haya realizado la asistencia escriba los datos.
- B - ② -----> 2. Escriba el nombre de la persona a la que usted cuidó.
- B - ③ -----> 3. Escriba el mes y el año en que realizó la asistencia.
- B - ④ -----> 4. Escriba los días en que realizó la asistencia y el número total de tales días en dicho mes.
- B - ⑤ -----> 5. Escriba lo más concretamente posible el lugar dónde realizó la asistencia.
- B - ⑥ -----> 6. Escriba el importe de la asistencia.
- B - ⑦ -----> 7. Escriba la fecha en que recibió el importe.
- B - ⑧ -----> 8. Escriba la fecha en que llena este formulario.
- B - ⑨ -----> 9. Escriba la dirección de la persona que realiza la asistencia.
- B - ⑩ -----> 10. Escriba el número de teléfono de la persona que realiza la asistencia.
- B - ⑪ -----> 11. Escriba el nombre de la persona que realiza la asistencia.
- B - ⑫ -----> 12. Selle o firme.
- B - ⑬ -----> 13. Marque con un ○ la profesión de la persona que realiza la asistencia. Si es una ama (de llaves), elija 「家政婦」, si es una enfermera, elija 「看護婦」, y en otros casos, escriba su profesión en el espacio entre comillas.
- B - ⑭ -----> 14. Si usted no tiene parentesco con el enfermo o accidentado, marque con un ○ 「無」, y si tiene, marque 「有」.
- B - ⑮ -----> 15. Si usted vive con el enfermo o accidentado, marque con un ○ 「有」, y si no, marque 「無」.