

労 災 保 険

介護(補償)給付 の 請求手続

業務災害又は通勤災害に
よる一定の障害により
介護を受けているとき

厚生労働省
都道府県労働局
労働基準監督署

障害(補償)年金又は傷病(補償)年金の第1級の方すべてと2級の精神神経・胸腹部臓器の障害を有している方が現に介護を受けている場合、介護補償給付(業務災害の場合)又は介護給付(通勤災害の場合。以下合わせて「介護(補償)給付」といいます。)が支給されます。

支給の要件

1 一定の障害の状態に該当すること。

介護(補償)給付は、障害の状態に応じ、常時介護を要する状態と随時介護を要する状態に区分されます。常時介護又は随時介護を要する障害の状態は次のとおりです。

	該当する方の具体的な障害の状態
常時介護	① 精神神経・胸腹部臓器に障害を残し、常時介護を要する状態に該当する方(障害等級第1級3・4号、傷病等級第1級1・2号) ② { <ul style="list-style-type: none"> ・両眼が失明するとともに、障害又は傷病等級第1級・第2級の障害を有する方 ・両上肢及び両下肢が亡失又は用廃の状態にある方 など①と同程度の介護を要する状態である方
随時介護	① 精神神経・胸腹部臓器に障害を残し、随時介護を要する状態に該当する方(障害等級第2級2号の2・2号の3、傷病等級第2級1・2号) ② 障害等級第1級又は傷病等級第1級に該当する方で、常時介護を要する状態ではない方

2 現に介護を受けていること。

民間の有料の介護サービスなどや親族又は友人・知人により、現に介護を受けていることが必要です。

3 身体障害者療護施設、老人保健施設、特別養護老人ホーム、原子爆弾被爆者特別養護ホーム又は労災特別介護施設に入所していないこと。

これらの施設に入所している間は、施設において十分な介護サービスが提供されているものと考えられることから、支給対象とはなりません。

給付の内容

介護(補償)給付の支給額は次のとおりです。

(1) 常時介護の場合

- ① 親族又は友人・知人の介護を受けていない場合には、
介護の費用として支出した額(ただし、108,300円を上限とします。)が支給されます。
- ② 親族又は友人・知人の介護を受けているとともに、
 - イ 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として58,750円が支給されます。
 - ロ 介護の費用を支出しており、その額が58,750円を下回る場合には、一律定額として、58,750円が支給されます。
 - ハ 介護の費用を支出しており、その額が58,750円を上回る場合には、その額(ただし、108,300円を上限とします。)が支給されます。

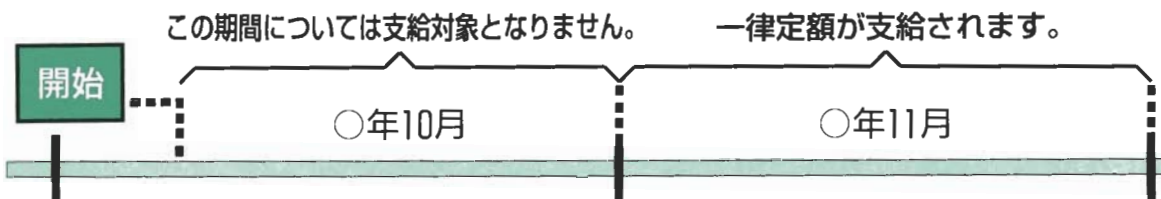
(2) 随時介護の場合

- ① 親族又は友人・知人の介護を受けていない場合には、
介護の費用として支出した額(ただし、54,150円を上限とします。)が支給されます。
- ② 親族又は友人・知人の介護を受けているとともに、
 - イ 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として29,380円が支給されます。
 - ロ 介護の費用を支出しており、その額が29,380円を下回る場合には、一律定額として、28,380円が支給されます。
 - ハ 介護の費用を支出しており、その額が29,380円を上回る場合には、その額(ただし、54,150円を上限とします。)が支給されます。

また、月の途中から介護を開始される場合は、次のとおりとなります。

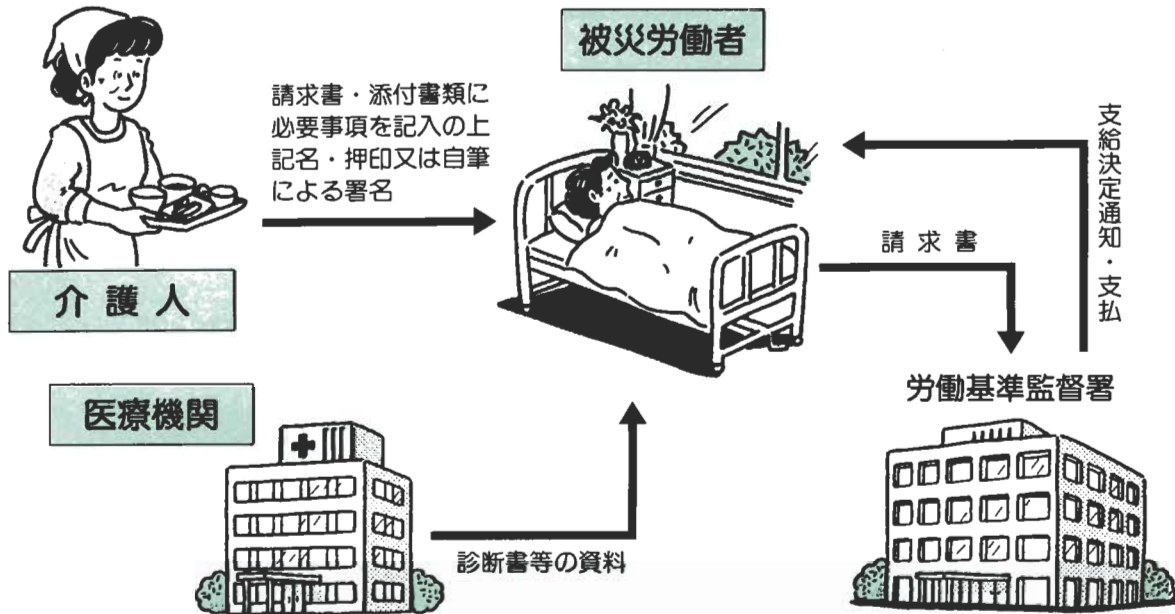
- ① 月の途中から介護を開始したケースで、介護費用を支払って介護を受けた場合→上限額の範囲で介護費用が支給されます。
- ② 月の途中から介護を開始したケースで、介護費用を支払わないで親族等から介護を受けた場合→当該月は支給されません。

(例) 平成○年10月の途中から親族等により介護を受けはじめた場合



この場合であっても、請求書の「請求対象年月」欄には、介護を開始した月(この例ですと平成○年10月分に当たります。)についても記入して下さい。

請求の手続



介護(補償)給付を請求するときは、所轄の労働基準監督署長に、介護補償給付・介護給付支給請求書(様式第16号の2の2)を提出して下さい。

●提出に当たって必要な添付書類

こういうときは	添付書類
必ず添付するもの	医師又は歯科医師の診断書
介護の費用を支出している場合	費用を支出して介護を受けた日数及び費用の額を証明する書類

※この他、必要とする書類を提出していただく場合があります。

なお、傷病(補償)年金の受給者、障害等級第1級3号・4号又は第2級2号の2・2号の3に該当する方及び労働福祉事業の介護料を受給していた方については、診断書を添付する必要はありません。

また、継続して2回目以降の介護(補償)給付を請求するときにも、診断書は必要ありません。

介護(補償)給付の請求は、1か月を単位として行いますが、3か月分をまとめて請求しても差し支えありません。

請求に係る時効

介護(補償)給付は、介護を受けた月の翌月の1日から2年を経過しますと、時効により請求権が消滅することとなりますのでご注意ください。

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
介護補償給付支給請求書

標準字体
0123456789 アカサタナハマヤラフ
イキシチニヒミリン
ウクスツヌフムヅル
エケセテキキメ
オコソトノホモヨローカ

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

※裏面の注意事項をよく読んで記載してください。折り曲げる場合には(※)の所を各に折りさるるに2つ折りしてください。

① 書類種別
* 35250

② 受付年月日
昭和 20年 2月 2日

③ 特別
14
34

④ 受給している労災年金の種類
障害(補償)年金 / 級
障害(補償)年金 / 級
障害(補償)年金 / 級

⑤ 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。

⑥ 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 俊弘 生年月日 昭和 20年 2月 2日

住所 越谷市中町 x-x

⑦ 請求対象年月
 713 6 713 7 713 8

⑧ 請求対象年月
 713 7 713 8

⑨ 請求対象年月
 713 8

⑩ 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 トシヒコ

⑪ 口座番号
 9876543

⑫ 金融機関コード
 0489

⑬ 住所
 越谷市中町 x-x

⑭ 介護に補事した者
 宮下 綾 昭和 21年 1月 15日 妻 6月 1日から 8月 31日まで 92日間
 平岡 恵子 昭和 25年 3月 15日 義妹 6月 1日から 8月 31日まで 27日間
 年 月 日 7月 3日から 7月 27日まで 12日間

⑮ 添付する書類
 介護に要した費用の額の証明書(通)

⑯ 介護に要した費用の額の証明書(通)

〒343-0x0x (0489) xx-9876
 13年 9月 5日 住所 越谷市中町 x-x
 請求人の (方)
 春田部 労働基準監督署長 氏名 宮下 俊弘 (印)

【介護の事実に関する申立て】
 私は、上記の及び等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 x-x 氏 宮下 綾 (印) 電話 0489 xx-9876
 所 草加市松原 0-0 氏 平岡 恵子 (印) 電話 0489 -ΔΔ-1234

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。

(注意)
 一、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。
 二、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「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文字で記入してください。
 三、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、⑭欄について穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、糊づけたりしないでください。)

証明書記載例

介護に要した費用の額の証明書

被介護者氏名	宮下 俊弘	対象年月	平成13年7月分
介護人の証明	介護を行った日及び日数	3日から27日まで 計 12日間	
	介護を行った場所	宮下俊弘宅 (越后市千間台×-×)	
	代金	70,000円	
平成13年7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。			
平成13年9月5日			
介護人の住所	越后市千間台×-×		
電話	0489-×0-9182		
氏名	野口 水恵 (野口)		
職業	(家政婦)・看護婦・その他 ()		
被介護者との親族関係	(無)・有 (被介護者の)		
被介護者との同居の有無	有・(無)		

介護を受けた方の氏名を記入してください。

介護を行った年月を記入してください。
なお、この用紙は1月につき1枚使用し、複数月分まとめて記入しないでください。

その月に介護を行った日とその日数を記入してください。

介護を行った場所について分りやすく、被介護者宅であれば住所まで記入してください。

介護の代金としてその月に受け取った金額を記入してください。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

〔注意〕1. 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。

2. 介護人の氏名欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができると。