

介護料受給資格認定申請書

① 対象者 (障害者)	フリガナ				性別	男・女	支所にて記入 最重度審査希望 ※ あり・なし		
	氏名						生年月日	大正・昭和 平成・令和	年
	フリガナ				〒 ()				
	住所				電話 () 携帯電話				
	フリガナ								
	本籍								
② 対象者の家族状況等	氏名	年齢	対象者との続柄	職業(勤務先)	所得の有無	備考			
			本人		有・無				
					有・無				
					有・無				
					有・無				
					有・無				
					有・無				
③ 対象者の主たる生計維持者(所得の一番多い方)の氏名				続柄 ()					
④ 事故年月日(損傷部位)		昭和・平成・令和 年 月 日 (1. 脳 2. 脊髄 3. 胸腹部臓器)							
⑤ 各種補償給付の有無		<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法の規定による介護給付(40歳以上) ・労働者災害補償保険法の規定による介護(補償)給付 ・国家公務員災害補償法の規定による介護補償給付 ・地方公務員災害補償法の規定による介護補償給付 			1. 有 2. 無 1. 有 2. 無 1. 有 2. 無 1. 有 2. 無				
これらの給付を受けている方は介護料の申請はできません									
⑥ 対象者が現在介護を受けている場所		1. 自宅 2. 病院 3. 施設 4. その他			名称 所在地 電話 2～3に該当する場合、家族介護の有無 有・無 介護者 氏名 続柄 ()				
自宅以外の場所で介護を受けている場合は〔 〕内は必ず記入して下さい。									
貴機構の介護料受給資格認定を申請します。なお、上記の記載内容は事実と相違ありません。 令和 年 月 日 独立行政法人自動車事故対策機構 理事長 殿									
⑦ 申請者	対象者	氏名				〒 ()			
		フリガナ				電話 ()			
		住所				携帯電話			
		フリガナ	氏名	対象者との続柄					

⑧ 認定された場合の介護料先振り	フリガナ				※ 受付 年月日 支所長
	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合 労働金庫 支店			
	預金科目	普通預金	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				
預金通帳から正確に転記して下さい。					

※ この欄は支所が使用しますので申請者は記入しないで下さい。