

認定番号

令和 年 月 日

独立行政法人自動車事故対策機構

理事長 殿

申請者	住所	〒	
		電話	
	氏名		受給資格者との続柄

## 介護料請求書

下記期間に係る介護料を請求します。なお、記載内容は事実と相違ありません。

記

受給資格者氏名	年 齢	才	
介護等に従事した 期間および費用等  (在宅の場合は「1」を、 各月に全日入院・入所 していた場合は「2」を ○で囲んでください)	令和 年 月 分	訪問看護等	円
	1. 在宅 2. 入院・入所	介護用品	円
		消耗品	円
		計	円
	令和 年 月 分	訪問看護等	円
	1. 在宅 2. 入院・入所	介護用品	円
		消耗品	円
		計	円
	令和 年 月 分	訪問看護等	円
	1. 在宅 2. 入院・入所	介護用品	円
		消耗品	円
		計	円
氏 名	続柄	区 分 (○で囲んでください)	
		1. 親 族      2. 友人・知人 3. その他 (                      )	
「2. 入院・入所」に○をした場合は、介護者の氏名・続柄等を右の欄に記入してください	入院・入所先施設名 :		
	電話 :		
短期入院・入所の 期間および費用  (利用があった場合は 期間と費用を必ず 記入してください)	入院・入所期間 ( 日間)	室料差額負担金	円
		食事負担金	円
		患者移送費	円
		ヘルパー等費用	円
		合 計	円
各種保険等 給付の有無  (該当するものを 一つずつ○で 囲んでください)	介護保険法に基づく介護給付又は予防給付		有・無
	労働者災害補償保険法に基づく介護(補償)給付		有・無
	国家公務員災害補償法に基づく介護補償給付		有・無
	地方公務員災害補償法に基づく介護補償給付		有・無
	上記保険等を最初に受けた日 : 令和 年 月 日		

(注) 介護等に従事した期間と費用は、1年を4期(3月～5月、6月～8月、9月～11月及び12月～2月)に分けますので、前月までの1期分について記入して下さい。

(日本産業規格A列4番)