（様式第１０号）

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、記載内容は事実に相違ありません。

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 1．在宅　2．入院・入所	訪問看護等		円
		介 護 用 品		円
		消 耗 品		円
		計		円
	令和　年　月分 1．在宅　2．入院・入所	訪問看護等		円
		介 護 用 品		円
		消 耗 品		円
		計		円
	令和　年　月分 1．在宅　2．入院・入所	訪問看護等		円
		介 護 用 品		円
		消 耗 品		円
		計		円
「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	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（　　）	
	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）