

労災保険

介護(補償)給付 の請求手続



障害(補償)年金または傷病(補償)年金の受給者のうち、障害等級・傷病等級が第1級の方(すべて)と第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)または介護給付(通勤災害の場合)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、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(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、障害または傷病等級第1級・第2級の障害を有する ・両上肢および両下肢が亡失又は用廃の状態にある など①と同等度の介護を要する状態である
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(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級または傷病等級第1級に該当し、常時介護を要する状態ではない

- 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または友人・知人により、現に介護を受けていることが必要です。

- 3 病院または診療所に入院していないこと。(注)

- 4 介護老人保健施設、障害者支援施設(生活介護を受けている場合に限る)、特別養護老人ホームまたは原子爆弾被爆者特別養護ホームに入所していないこと。(注)

(注) 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。

給付の要件

介護(補償)給付の支給額は、次のとおりです(平成27年3月1日現在。[]の額は平成27年4月1日改正予定額です)。

(1) 常時介護の場合

- ① 親族または友人・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、104,290円[104,570円]を上限とします)が支給されます。
- ② 親族または友人・知人の介護を受けているとともに、
 - ア 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として56,600円[56,790円]が支給されます。
 - イ 介護の費用を支出しており、その額が56,600円[56,790円]を下回る場合には、一律定額として、56,600円[56,790円]が支給されます。
 - ウ 介護の費用を支出しており、その額が56,600円[56,790円]を上回る場合には、その額が支給されます。(ただし、104,290円[104,570円]を上限とします)

(2) 随時介護の場合

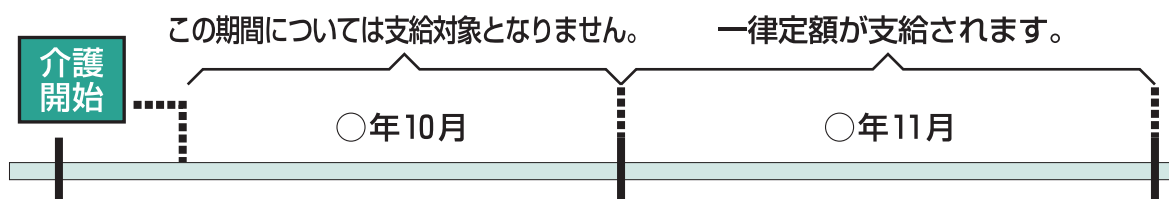
- ① 親族または友人・知人の介護を受けていない場合には、
介護の費用として支出した額が支給されます。(ただし、52,150円[52,290円]を上限とします)
- ② 親族または友人・知人の介護を受けているとともに、
 - ア 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として28,300円[28,400円]が支給されます。
 - イ 介護の費用を支出しており、その額が28,300円[28,400円]を下回る場合には、一律定額として、28,300円[28,400円]が支給されます。
 - ウ 介護の費用を支出しており、その額が28,300円[28,400円]を上回る場合には、その額が支給されます。(ただし、52,150円[52,290円]を上限とします)

また、月の途中から介護が開始された場合は、次のとおりとなります。

I 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。

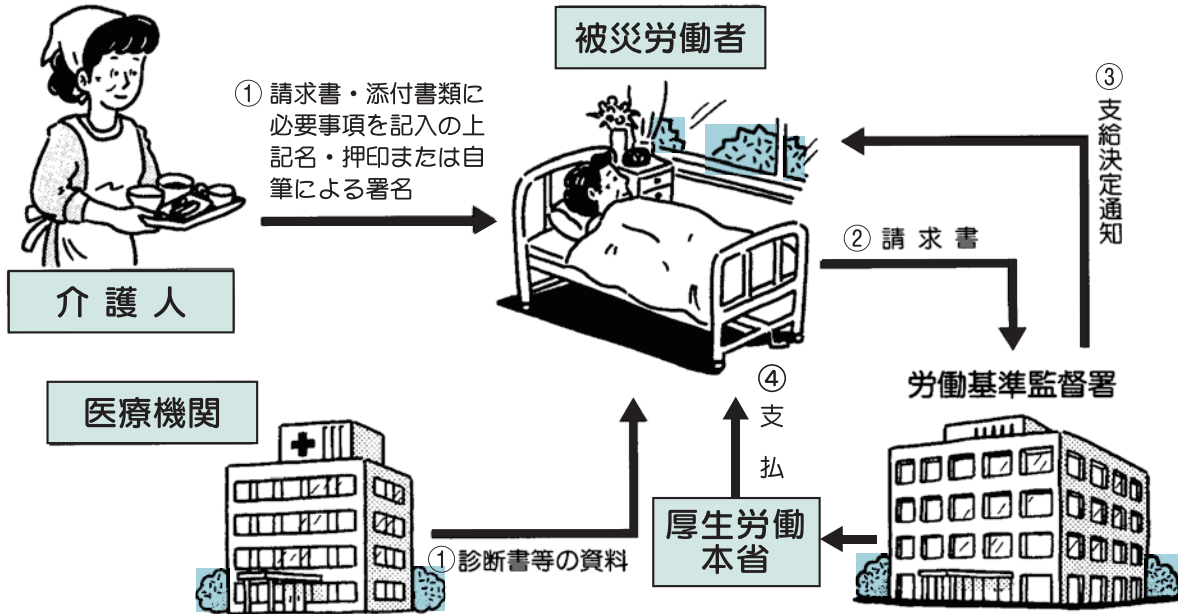
II 介護費用を支払わないで親族または友人・知人から介護を受けた場合→介護開始の月は支給されません。

(例) 平成○年10月の途中から親族などにより介護を受けはじめた場合



この場合も、請求書の「請求対象年月」欄には、介護を開始した月(この例では平成○年10月分)についても記入してください。

請求の手続き



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)を提出してください。

●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	医師また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と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)年金の受給者および障害等級第1級3号・4号または第2級2号の2・2号の3に該当する方については、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か月ごとが一般的ですが、3か月分をまとめて請求しても差し支えありません。

請求に関する時効

介護(補償)給付は、介護を受けた月の翌月の1日から2年を経過すると、時効により請求権が消滅しますのでご注意ください。

請求書記入例

■ 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
ア カ サ ナ ハ マ ヤ ラ フ
イ キ シ チ ニ ホ ミ リン
エ ケ セ テ ネ ハ メ リ
オ コ ソ ト ノ ホ モ コ ロ カ

※ 35290

① 管轄局(種別) ② 受付年月日 ③ 特別
1有
3無

(イ) 年金証書番号 113919900 (ロ) 受給している労働年金の種類
 障害(補償)年金1級
 傷病(補償)年金1級

(ハ) 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。

(ニ) ⑥ 氏名(カタカナ) 姓と名の間に1文字あけて左ジメで記入してください。 昭和
コウロウ タロウ 生年月日 00年2月2日

氏名 厚常 太郎 住所 千代田区霞ヶ関 1-2-2

⑦ (ホ) 請求対象年月 ⑧ (ヘ) 費用を支払って介護を受けた日数 ⑨ (ト) 介護に要する費用の額
70006 7000712 72000

⑩ (ホ) 請求対象年月 ⑪ (ヘ) 費用を支払って介護を受けた日数 ⑫ (ト) 介護に要する費用の額
70008 70008 72000

⑬ (ホ) 請求対象年月 ⑭ (ヘ) 費用を支払って介護を受けた日数 ⑮ (ト) 介護に要する費用の額
70008 70008 72000

⑯ (ホ) 請求対象年月 ⑰ (ヘ) 費用を支払って介護を受けた日数 ⑱ (ト) 介護に要する費用の額
70008 70008 72000

振込を希望する金融機関の名称 口座名義人 厚常 太郎

東部 越谷 本店・本所 出張所 支店

⑲ 預(貯)金の種別 ⑳ 口座番号(左ジメ、中ジメ、右ジメ) ㉑ 支店(支店番号) ㉒ 支店(支店番号)

1:普通 1234567

口座名義人(カタカナ)：姓と名の間に1文字あけて左ジメで記入してください。
コウロウ タロウ

(ウ) 介護を受けた場所等 (ただし、老人保健施設、身体障害者療護施設、特別養護老人ホーム、原子爆弾被災者特別養護ホーム及び労働者特別介護施設は除く。) 所在地 名称

住居 施設等

(エ) 氏名 生年月日 続柄 介護期間・日数 区分

厚常 花子	昭和00年1月15日	妻	6月1日から8月31日まで	① 親族 ② 施設職員
労働 恵子	昭和00年3月15日	義妹	8月1日から8月31日まで	① 親族 ② 施設職員
			7月3日から7月27日まで	① 親族 ② 施設職員

(オ) 添付する書類 イ 診断書 ㉓ 介護に要した費用の額の証明書(1通)

(注意) 一、□□で表示された枠(以下、記入枠という)に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読取りを行いますので、汚したり、穴をあけたり、必要以上の欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択された場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑩欄については、記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択された場合には該当事項を○で囲んでください。)

二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択された場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、⑩欄については、記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択された場合には該当事項を○で囲んでください。)

三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用して、様式の右上に記載された「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カタカナ及びアラビア数字を明りように記載してください。

業務災害の場合は、介護補償給付を○で囲むか介護給付を一度消してください。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を一度消してください。

受給している年金の□に✓を付するとともに、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には記入不要です。

銀行等に振込みを希望する場合は、請求人本人の口座番号を記入してください。
●ゆうちょ銀行口座(記号・番号)を指定する場合、通常記号は5桁、番号は8桁となっていますが、番号が8桁未満の場合は、頭に0を加えて8桁としてください。
(例) 記号(5桁) 番号(8桁)
11XXXX0012345611
[0]を加えてください。

※記号と番号の間に1桁の数字がある場合は、その1桁の数字は、記載する必要はありません。
※預(貯)金の種別は「1」としてください。

あなたに対して介護をした方について、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)、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。

親族または友人・知人により介護を受けた場合には、介護をした方の申立てが必要となります。介護をした方に住所、氏名、電話番号の記入をお願いしてください。

上記により 介護補償給付の支給を 請求します。
〒100-8916 電話(000)0000-0000
26年9月5日 住所 千代田区霞ヶ関 1-2-2
請求人の (方)
春日部 労働基準監督署長 殿 氏名 厚常 太郎 (印)

[介護の事実に関する申立て] 私は、上記(リ)及び(エ)のとおり介護に従事したことを申し立てます。

住 所	千代田区霞ヶ関 1-2-2	氏 名	労働 花子 (印)	電話 番号	000-0000-000
	千代田区九段南 010-0	氏 名	労働 恵子 (印)	電話 番号	000-0000-000

証明書記入例

介護に要した費用の額の証明書

被介護者氏名	厚労太郎	対象年月	平成26年7月分
介護を行った日 及び日数	3日から27日まで 日数 計 12 日間		
介護を行った 場所	厚労太郎 宅 (千代田区霞が関1-2-2)		
代 金	72,000 円		

平成26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26年9月5日

介護人の 住所 越谷市千間台 ×-×
電話 0489-×0-9182

氏名 基準 友子 (基準印)

職業 家政婦・看護師・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かりやすく、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こと。

請求書は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken06/>)

トップページ「分野別の政策」雇用・労働＞労働基準＞労災補償＞労災保険給付関係請求書等ダウンロード

