様式第６号（第４条関係）

（表面）

学校医等公務災害補償介護補償請求書

請求第　回目（同一疾病についての請求回数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 八頭町教育委員会　様 | | | | | | | | | | 請求年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 請求者の住所及び氏名 | | | | |  | | | | | | | |
| 下記の介護補償を請求します。 | | | | | | | | | |
| 印 | | | | | | | |
| １ | | 学校医等の所属学校名 | |  | | | | 医師、歯科医師又は薬剤師としてのそれぞれの経験年数 | | | | | | |  | 氏名及び生年月日 | | 年　月　日生 | | | | |
| 所属又は所属していた学校長の証明 | |
| ※業務上の疾病の細分番号 | |  | | | | | 負傷又は発病年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | 性別 |  |
| 上記に記載した事項は、事実と相違ないことを証明します。  　　　　　　年　　月　　日  学校長　氏名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　傷病等級又は障害等級 | | | | □　障害等級（第　級）  □　障害等級（第　級） | | | | | | | | | | ３　必要とする介護の状態 | | | | | | □　常時  □　随時 | | |
| ４　請求金額等 | 請求対象年月 | | | 介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無 | | | | | | | | | | 介護費用として支出した金額 | | | | | | 請求月額 | | |
| 年　　月 | | | □　ある　　□　ない | | | | | | | | | | 円 | | | | | | 円 | | |
| 年　　月 | | | □　ある　　□　ない | | | | | | | | | | 円 | | | | | | 円 | | |
| 年　　月 | | | □　ある　　□　ない | | | | | | | | | | 円 | | | | | | 円 | | |
| 介護補償請求月額（請求月額の合計） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | |
| ５　介護を受けた場所 | | | | □　居宅　　□　病院・施設等　　名称：  入院・入所期間　　　　年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６ | | 氏名 | | | | | 請求者との続柄又は関係 | | | | | 請求者が介護を受けた期間 | | | | | | | | | | |
| 介護に従事した者 | |  | | | | |  | | | | | 年　月　日から　　年　月　日まで | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | 年　月　日から　　年　月　日まで | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | 年　月　日から　　年　月　日まで | | | | | | | | | | |
| ７　添付する資料 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※  受理年月日 | | |  | | | ※  決定年月日 | | | | |  | | ※  支払年月日 | | | |  | | ※  No. | | | |

（裏面）

備考

１　請求者は、※印欄には記入しないこと。該当する「□」にレ印を記入すること。

２　「４　請求金額等」の欄の「請求対象年月」、「介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無」、「介護費用として支出した額」及び「請求月額」の項は、一の月ごとに記入すること。

３　「６　介護に従事した者」の欄には、介護費用を支出せずに介護を受けた日がある場合に介護を行った者について記入すること。

４　この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。

(１)　障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書（ただし、第２回目以後の請求において介護を要する状態の常時又は随時の別に変更がない場合には、当該書類を添付する必要はない。）

(２)　介護補償を受けようとする期間における介護の事実並びに当該介護に従事した者の氏名及び請求者との続柄又は関係を記載した書類（ただし、第２回目以後の請求において一の月に介護費用を支出せず介護を受けた日があり、当該介護を行う者が前回の請求における介護補償請求書に記載された者と変更がない場合で、当該月に係る介護補償の請求月額が公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令（昭和32年政令第283号。以下「政令」という。）第６条の２第２項第２号に定める額（随時介護を要する状態にあるときは同項第４号に定める額）であるときは、その月に係る当該書類は添付する必要はない。）

(３)　介護費用を支出して介護を受けた日がある場合にあっては、当該介護を受けた年月日及び時間並びに当該介護費用としての一の月に支出した額を証明することができる書類（ただし、第２回目以後の請求において一の月に介護費用を支出せず介護を受けた日がある場合で、当該月に係る介護補償の請求月額が政令第６条の２第２項第２号に定める額（随時介護を要する状態にあるときは同項第４号に定める額）であるときには、その月に係る当該書類は添付する必要はない。）