

劳 灾 保 险

**照护（补偿）给付的申请手续**

**因业务灾害或上下班灾害  
所引起的某程度伤害  
而接受照护时**

劳动省  
都道府县劳动基准局  
劳动基准监督署



具有残伤（补偿）年金或伤病（补偿）年金的第1级全部和第2级的精神神经、胸腹部脏器伤残而现在接受照护的人，可以领取照护补偿给付（业务灾害）或照护给付。（上下班灾害时，为配合下记内容，称为「照护（补偿给付）」。）

## 发放条件

### 1. 要合乎一定的伤害

照护（补偿）给付，依伤害状态，可分为需要常时照护状态和需要随时照护状态。所谓需要常时照护和需要随时照护，依下述伤害状态而定。

	相当者的具体伤害状态
常时照护	① 相当于精神神经和胸腹部脏器余留伤害，而需时时刻刻照护的状态（残伤等级第1级3、4号、伤病等级第1级1、2号）。 ② 具备双眼失明，而且具备残伤或伤病等级第1、第2级的伤害者。 · 两上肢和两下肢消失或残废状态者等，需要跟①一样程度的照护状态者。
随时照护	① 相当于精神神经和胸腹部脏器余留伤害，而需随时照护的状态（残伤等级第2级2号之2、2号之3；伤病等级第2级1、2号）。 ② 相当于残伤等级第1级或伤病等级第1级，而不需时时刻刻照护的人。

### 2. 现在接受照护者

必须是在民间自费照护服务机构等，或现在在亲族、或友人、或知己处接受照护者。

### 3. 未进入残伤者医护施設、特别养护养老院、核弹被爆者特别养护院、或是劳灾特别照护设施者。

进入这些设施者，因可视为已由这些设施提供充分的照护服务，所以不能成为发放对象。

## // 给付内容 //

照护（补偿）给付的发放金额如下。

### 1 时时照护时

发放以照护费用所支出的金额。（但是，以<sup>106,100</sup>108,300日元为上限。）

但是，接受亲族、朋友、知己的照护而未支付照护费用时，或是照护费用支付的金额，不及<sup>57,580</sup>58,750日元时，一律以一定金额<sup>57,580</sup>58,750日元发放。

### 2 随时照护时

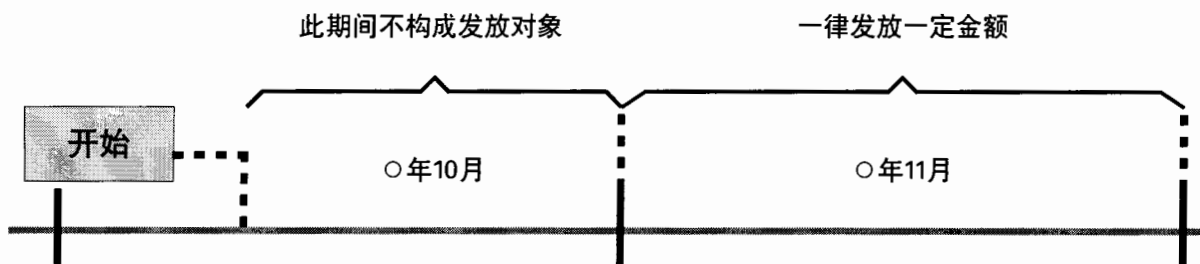
发放以照护费用所支出的金额。（但是，以<sup>53,050</sup>54,150日元为上限。）

但是，接受亲族、朋友、知己的照护而未支付照护费用时，或是照护费用支付的金额，不及<sup>28,790</sup>29,380日元时，一律以一定金额<sup>28,790</sup>29,380日元发放。

还有，在一个月中间开始照护时，按下列计算。

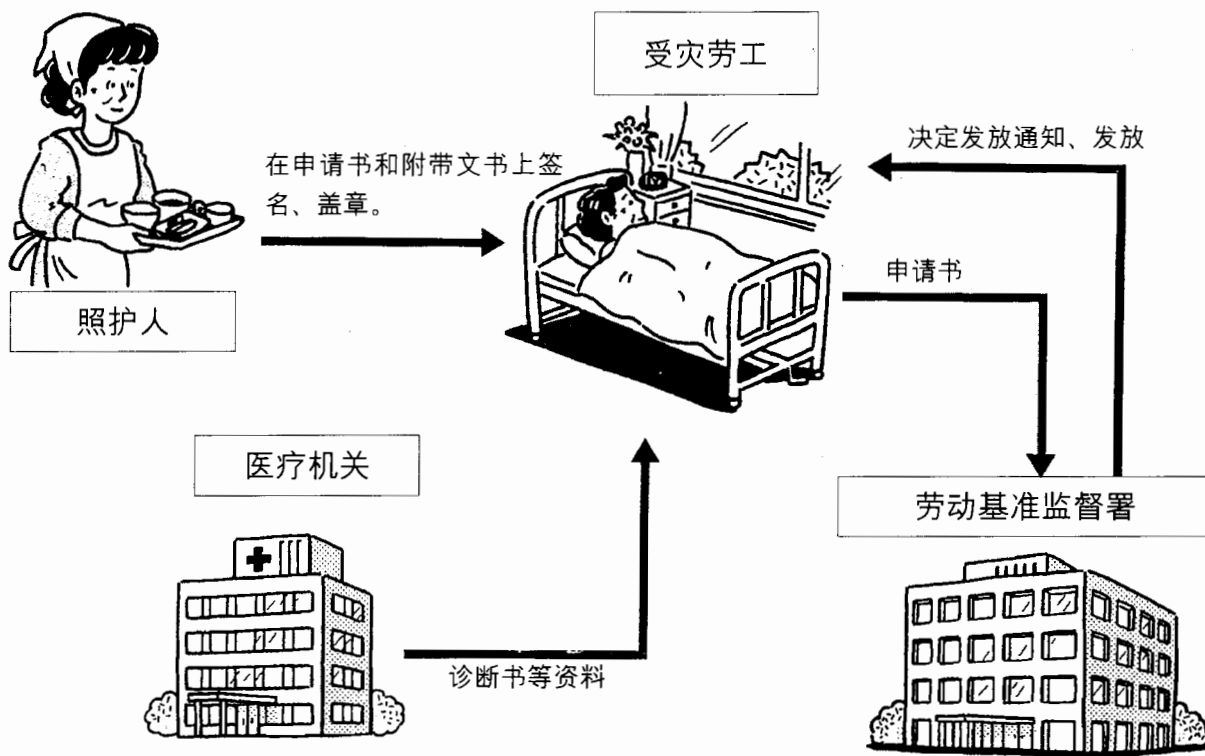
- ① 在一个月中途开始照护时，如已支付照护费用接受照护 → 则发放以上限金额计算的照护费用。
- ② 在一个月中途开始照护时，如尚未支付照护费而接受亲族等的照护 → 则不发放该月份金额。

（例）自平成○年10月的中途开始接受亲族等的照护时



即使在这种情形下，在申请书的「申请对象年月」栏，也请填写照护开始月份。（本例的情形时，相当于平成○年10月。）

## 申请手续



要申请照护（补偿）给付，应向所管辖的劳动基准监督署长提出「照护补偿发给和照护给付发放申请书（格式是第16号之2之2）」、附上医师或牙科医师的诊断书、以及照护所需要费用金额的收据。（但是，如没支付照护费时不需要。）

还有，伤病（补偿）年金的领受者，以及残伤等级为第1级3号、4号，或第2级2号之2、2号之3之相当者，以及曾领受劳动福利事业的照护费者，则无需附上诊断书。

又，继续申请第二次以后的照护（补偿）给付时，也是无须诊断书。

照护（补偿）给付的申请，虽是以1个月为单位进行，但是3个月做一次申请，也是没有关系的。

## 关于申请的时效

照护（补偿）给付，从接受照护那个月的翌月1日算起，经过2年之后，即因时效而丧失申请权，请注意。

# 申请书的填写例子

様式第16号の2の2(表面) 労働者災害補償保険 標準字体

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(9)

○力ハ°

① 管轄局番 ② 受付年月日 ③ 特別

④ 障害(補償)年金 A-(4) ⑤ 障害(補償)年金

⑥ 氏名(カタカナ): 姓と名の間は1字あけて左詰めで記入してください。

⑦ 請求対象年月 ⑧ 介護に要する費用として支出した費用の額

⑨ 請求対象年月 ⑩ 介護に要する費用として支出した費用の額

⑪ 請求対象年月 ⑫ 介護に要する費用として支出した費用の額

⑬ 口座名義人(カタカナ): 姓と名の間は1字あけて左詰めで記入してください。

⑭ (続き)口座名義人(カタカナ)

⑮ 金融機関コード

⑯ 介護に要した費用の額の証明書(通)

⑰ 介護に要した費用の額の証明書(通)

⑱ 介護に要した費用の額の証明書(通)

⑲ 介護に要した費用の額の証明書(通)

⑳ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉑ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉒ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉓ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉔ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉕ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉖ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉗ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉘ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉙ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉚ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉛ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉜ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉝ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉞ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㉟ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊱ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊲ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊳ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊴ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊵ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊶ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊷ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊸ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊹ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊺ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊻ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊼ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊽ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊾ 介護に要した費用の額の証明書(通)

㊿ 介護に要した費用の額の証明書(通)

上記より介護補償給付の支給を請求します。

住所 A-(31)

請求人の氏名 A-(32) A-(33)

労働基準監督署長殿 A-(28)

【介護の事実に関する申立】 私は、上記の及びのとおりに介護に従事したことを申し立てます。

住所 A-(34) 氏名 電話番号

请填写你的年金证书号码。若尚未领取年金证书，则不必填写此栏。

申请的年月中，限于支付费用来接受介护时，填写其日数（在⑦栏）和费用金额（在⑧栏）。（若没有支付介护费用则不要填写此栏。）

请填写申请照护（补偿）给付的发放年月日。

请填写在⑰的期间接受照护的地方。

※印の欄は記入しないでください。（欄外に記入します。）

○裏面の注意事項を読んでから記載してください。

折り曲げる場合には④の所を谷に折りさらに②を折り曲げる場合に④の所を谷に折り曲げてください。

用○圈上照护人的分类。圈上「イ」或「ロ」的人不必填写照护人的出生年月日和照护人跟被照护人的关系。

如果接受亲属、朋友或知人的照护时，需要由照护人填写。

- A-(1) → 1. 这个表格, 就是「照护(补偿)给付发放申请书」。
- A-(2) → 2. 以○圈圈上申请的给付种类。如果是业务灾害, 就○圈上「照护补偿给付」, 如果是上下班灾害时, 就○圈上「照护给付」。
- A-(3) → 3、4. 接受劳灾保险中的年金给付时, 请填写本栏。3栏请填写年金证书号码, 4栏请填写“レ”等级于受领年金的口符内。
- A-(4) → 5. 请填写申请人姓名。
- A-(5) → 6. 请以片假名填写被灾劳工姓名的假名。(正确把姓名发音出来, 请会写的人填写。)
- A-(6) → 7. 请填写申请人的出生年月日。
- A-(7) → 8. 请填写申请人的地址。
- A-(8) → 9. 请以和历填写申请照护(补偿)给付的发放年月日。
- A-(9) → 10、11. 申请的年月中, 支付费用来接受介护时, 请填写本栏。10栏填写其日数; 11栏请填写费用金额。
- A-(10) → 12~18. 希望汇入帐户时, 只在提出新设帐户时, 或是提出的帐户有所变更时, 才填写本栏。如果是提出新帐户, 就用○圈在12栏圈上「新设」; 如果是变更帐户, 就用○圈圈上「变更」。请在13栏填写金融机关名称; 在14栏金融机关的分行名称; 15栏银行帐户的名义人; 16栏填写帐户号码。17栏请以片假名填写帐户名义人名字。存款种类如果是普通存款就在 18栏填「1」, 如果是「活期存款」, 就请填写「3」。
- A-(11) → 19. 关于接受照护的地方, 如果是住宅, 就用○圈圈「イ」; 如果是设施, 就用○圈圈「ロ」。
- A-(12) → 20. 19栏如果是圈「ロ」, 就请填写其所在地、名称、电话号码。
- A-(13) → 21. 关于照护人的分类, 如果是亲属, 就请用○圈圈上「イ」; 如果是朋友或知己, 就圈「ロ」; 如果是护士、女用人、或看护补助员, 就圈「ハ」, 如果是设施的职员; 就请圈「二」。
- A-(14) → 22~25. 在21栏中, 用○圈圈上「イ」或「ロ」的人应填写本栏。22栏请填写照护人姓名; 23栏填写照护人的出生年月日; 24栏填写照护人跟被照护人的关系; 25栏请填写照护期间和日数。
- A-(15) → 26. 用○圈圈上申请的给付种类。业务灾害时, 请用○圈圈上「照护补偿给付」; 上下班灾害时请圈上「照护给付」。
- A-(16) → 27. 请填写提出申请书的年月日。
- A-(17) → 28. 请填写直接管辖所属事业单位的劳动基准监督署名称。
- A-(18) → 29. 请填写申请人地址的邮政区号。
- A-(19) → 30. 请填写申请人的电话号码。
- A-(20) → 31. 请填写申请人的地址。
- A-(21) → 32. 请填写申请人的姓名。
- A-(22) → 33. 这是盖章的地方, 签名也是可以的。
- A-(23) → 34. 在21栏中, 用○圈圈上「イ」或「ロ」时, 要填写本栏。因为需要照护人的填写, 所以请照护人填上地址、姓名、电话号码, 并在姓名处盖章。(签名也可以。)

# 申请书的填写例子

## B-(1) 介護に要した費用の額の証明書

介 護 人 の 証 明	被介護者氏名	B-(2)	対象年月	B-(3) 平成	年	月分
	介護を行った日 及び日数	日から	日まで	B-(4)	日から	日まで
	介護を行った 場 所	B-(5)				
	代 金	B-(6)				
B-(7) 平成 年 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。 B-(8) 平成 年 月 日						
介護人の 住 所		B-(9)				
電 話		B-(10)				
氏 名		B-(11)			B-(12)	
B-(13) 職 業		家政婦・看護婦・その他 ( )				
B-(14) 被介護者との親族関係		無・有 (被介護者の )				
B-(15) 被介護者との同居の有無		有・無				

〔注意〕 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。



- B-(1) →1. 本表格是, 被照护人有某些日受到照护, 并曾付出被照护所需费用时, 为申请照护(补偿)给付发放的申请书的附带文件。照护人应填写文件之各项, 始具证明之效。
- B-(2) →2. 请填写被照护人的姓名。
- B-(3) →3. 请填写接受照护的年月日。还有, 本表格请每月填写1张。(请不要把复数月一起填写在1张里。)
- B-(4) →4. 请填写当月施以照护的日期和总日数。
- B-(5) →5. 请清楚填写施以照护的地方。
- B-(6) →6. 请填写当月领取的照护费金额。
- B-(7) →7. 请填写领取照护费的年月。
- B-(8) →8. 请填写本证明书所记载的年月日。
- B-(9) →9. 请填写照护人的地址。
- B-(10) →10. 请填写照护人的电话号码。
- B-(11) →11. 请填写照护人的姓名。
- B-(12) →12. 这是盖章的地方, 签名也可以。
- B-(13) →13. 用○圈圈上照护人相当的职业。女用人时圈「女用人」, 护士时圈「护士」, 这些以外的, 请填写在括弧中。
- B-(14) →14. 跟被照护人无亲属关系时, 请用○圈圈上「无」, 有亲属关系时, 请圈上「有」。
- B-(15) →15. 跟被照护人住在一起时, 用○圈圈上「有」, 没有时, 请圈上「无」。