様式第３号（第７条関係）

介　護　料　支　給　申　請　書

第　　回

①労働保険番号		府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
②労働者の	氏名					
	生年月日	年　　月　　日（　歳）				
	住所					
診療担当者の証明	③療養の期間	年　月　日から　年　月　日まで　　日間 介護日数　　日				
	④一酸化炭素中毒症の経過の概要					
	②の者については、③及び④に記載したとおりであることを証明します。 年　　月　　日 病院又は診療所の　名　称 所在地 診療担当者氏名　　㊞					

上記により介護料の支給を申請します。

年　　月　　日

申請人の　住　所

氏　名　　㊞

労働局長殿

〔注意〕「病院又は診療所の診療担当者氏名」の欄及び「申請人の氏名」の欄は、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。