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					
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						

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