

労 災 保 険

介 護 (補 償) 給 付 の 請 求 手 続

業務災害又は通勤災害に
よる一定の障害により
介護を受けているとき

厚 生 労 働 省
都 道 府 県 労 働 局
労 働 基 準 監 督 署

障害(補償)年金又は傷病(補償)年金の第1級の方すべてと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)又は介護給付(通勤災害の場合。以下合わせて「介護(補償)給付」といいます。)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。常時介護又は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方(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、障害又は傷病等級第1級・第2級の障害を有する方 ・両上肢及び両下肢が亡失又は用廃の状態にある方 など①と同程度の介護を要する状態である方
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方(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級又は傷病等級第1級に該当する方で、常時介護を要する状態ではない方

- 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又は友人・知人により、現に介護を受けていることが必要です。

- 3 身体障害者療護施設、老人保健施設、特別養護老人ホーム、原子爆弾被爆者特別養護ホーム又は労災特別介護施設に入所していないこと。

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。

給付の内容

介護(補償)給付の支給額は次のとおりです。

(1) 常時介護の場合

- ① 親族又は友人・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、108,300円を上限とします。)が支給されます。
- ② 親族又は友人・知人の介護を受けているとともに、
 - イ 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として58,750円が支給されます。
 - ロ 介護の費用を支出しており、その額が58,750円を下回る場合には、一律定額として、58,750円が支給されます。
 - ハ 介護の費用を支出しており、その額が58,750円を上回る場合には、その額(ただし、108,300円を上限とします。)が支給されます。

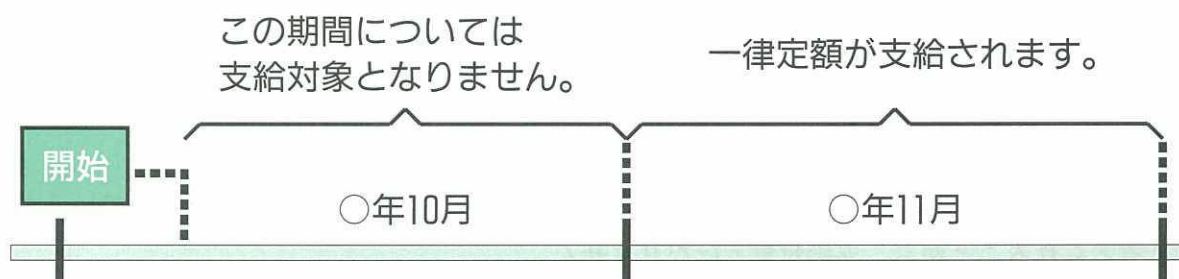
(2) 随時介護の場合

- ① 親族又は友人・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、54,150円を上限とします。)が支給されます。
- ② 親族又は友人・知人の介護を受けているとともに、
 - イ 介護の費用を支出していない場合には、一律定額として29,380円が支給されます。
 - ロ 介護の費用を支出しており、その額が29,380円を下回る場合には、一律定額として、28,380円が支給されます。
 - ハ 介護の費用を支出しており、その額が29,380円を上回る場合には、その額(ただし、54,150円を上限とします。)が支給されます。

また、月の途中から介護を開始される場合は、次のとおりとなります。

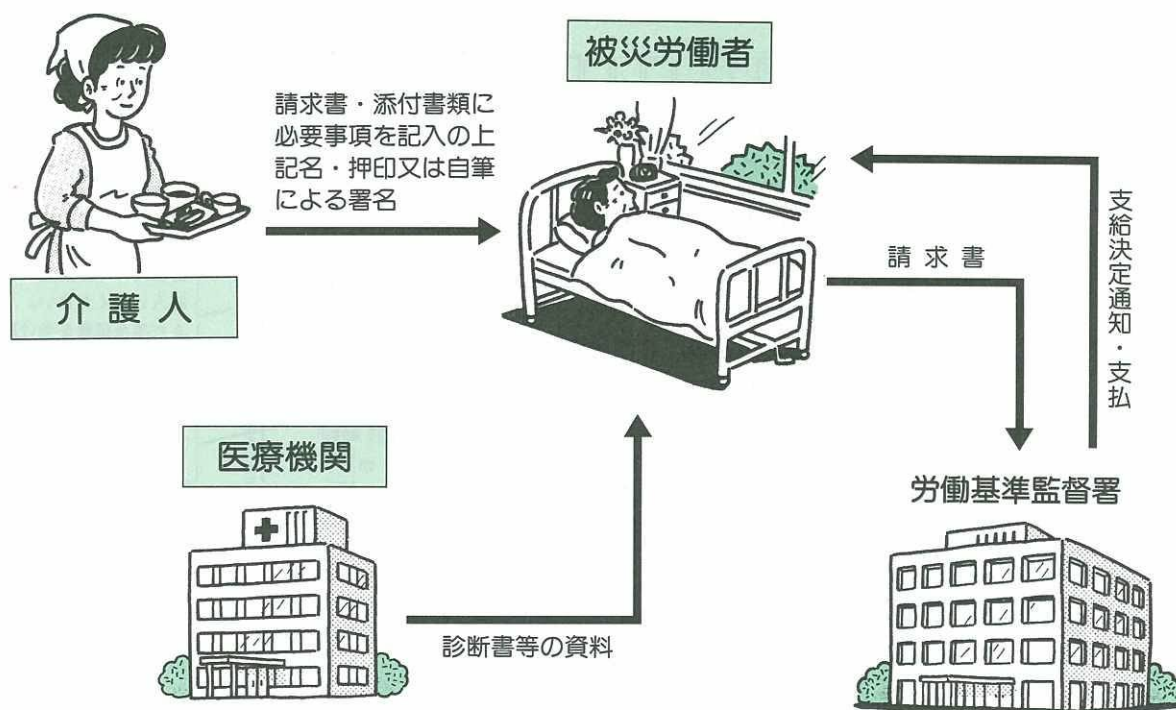
- ① 月の途中から介護を開始したケースで、介護費用を支払って介護を受けた場合→上限額の範囲で介護費用が支給されます。
- ② 月の途中から介護を開始したケースで、介護費用を支払わないで親族等から介護を受けた場合→当該月は支給されません。

(例) 平成○年10月の途中から親族等により介護を受けはじめた場合



この場合であっても、請求書の「請求対象年月」欄には、介護を開始した月（この例ですと平成〇年10月分に当たります。）についても記入して下さい。

請求の手続



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）に、医師又は歯科医師の診断書及び介護に要した費用の額の証明書（ただし、介護の費用を支出していない場合は不要です。）を添付のうえ提出して下さい。

なお、傷病（補償）年金の受給者、障害等級第1級3号・4号又は第2級2号の2・2号の3に該当する方及び労働福祉事業の介護料を受給していた方については、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か月を単位として行いますが、3か月分をまとめて請求しても差し支えありません。

請求に係る時効

介護（補償）給付は、介護を受けた月の翌月の1日から2年を経過しますと、時効により請求権が消滅することとなりますのでご注意ください。

証明書記載例

介護に要した費用の額の証明書

被介護者氏名	宮下俊弘	対象年月	平成〇年 7 月分	
介護 人 の 証 明	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	宮下俊弘宅 (越后守中野×-×)		
	代 金	72,000 円		
<p>平成〇年 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。</p> <p>平成〇年 8 月 5 日</p> <p>介護人の 住所 越后守中野×-× 電話 0989-×0-9182</p> <p>氏名 野口正恵 (野口)</p> <p>職業 (家政婦)・看護婦・その他 ()</p> <p>被介護者との親族関係 (無)・有 (被介護者の)</p> <p>被介護者との同居の有無 有・(無)</p>				

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。