

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	氏 名				
労働者の	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