

様式第1号(表面)

介護に要する費用として支出した費用届 <span style="float: right;">第 回</span>												
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		住 所										
		生 年 月 日	年	月	日	( 歳 )						
		氏 名										
③介護に要する費用として支出した費用の額			年 月 において、 円									
④ 介 護 人 の 証 明	介護をした日及び時間		日 ( 時間 )、			日 ( 時間 )						
			日 ( 時間 )、			日 ( 時間 )						
			日 ( 時間 )、			日 ( 時間 )						
	介護代金		円(うち交通費 円)									
	親族関係		無 ・ 有 (被介護者の )									
	介護人の職業		家政婦・看護師・その他( )									
被介護者との同居の有無		無 ・ 有										
		年 月の介護について、上記のとおり証明します。										
		年 月 日										
住所 氏名		(電話番号)										
上記のとおり届けます。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                         住 所 _____                          氏 名 _____                     </div> _____ 労働局長 殿												

## 様式第1号(裏面)

介護人の証明	介護をした日及び時間	日( 時間)、 日( 時間) 日( 時間)、 日( 時間) 日( 時間)、 日( 時間)
	介護代金	円(うち交通費 円)
	親族関係	無・有(被介護者の )
	介護人の職業	家政婦・看護師・その他( )
	被介護者との同居の有無	無・有
	年 月の介護について、上記のとおり証明します。 年 月 日 住所 (電話番号) 氏名	
介護人の証明	介護をした日及び時間	日( 時間)、 日( 時間) 日( 時間)、 日( 時間) 日( 時間)、 日( 時間)
	介護代金	円(うち交通費 円)
	親族関係	無・有(被介護者の )
	介護人の職業	家政婦・看護師・その他( )
	被介護者との同居の有無	無・有
	年 月の介護について、上記のとおり証明します。 年 月 日 住所 (電話番号) 氏名	
〔注意〕 1 介護人が複数の場合は、2人目以降の介護人の証明は、裏面に記載すること。 2 介護人の証明欄のうち、親族関係、介護人の職業及び被介護者との同居の有無の部分は、該当事項を○で囲み、必要事項を記載すること。		