

様式第2号

労働者災害補償保険 介護料支給・不支給通知	
申請者氏名	
支給金額	円
不支給の場合の理由	
備考	
<p>年 月 日付けで申請のあった介護料については、上記のとおり 支給・不支給 とすることとしたので通知します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">労働局長 印</p> <hr style="width: 30%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: center;">殿</p> <hr style="width: 30%; margin-left: 0; margin-right: auto;"/>	

- 〔注〕 1 「備考欄」には、支給通知にあつては、支給金額の算定基礎を記載すること。
- 2 大きさは、ハガキ大とすること。