

介護支援給付金のお知らせ

この給付金制度はHOYA福祉共済センターが利用契約を結んでいるベネフィット・ワンのベネフィット・ステーション「介護」の介護補助金制度の補完的な制度です。

まずはベネフィット・ステーション「介護」の介護補助金制度をご利用ください。

HOYA健康保険組合ホームページ トップ画面内「Benefit Station」のボタンから入ります。

介護支援給付金の支給については次のとおりです。

【給付対象要件】

次の全ての条件を満たすHOYA福祉共済センター加入員が支給申請をした時

- ① 介護対象者が育児・介護休業法上の介護休業をとれる範囲であること
* 介護休業法の対象者は「配偶者、父母、子、配偶者の父母、祖父母、兄弟姉妹、孫」です。
- ② 介護対象者が介護保険の要支援・要介護認定を受けていること

【給付内容】

介護保険法に定める支給限度額を超えた分について申請者が全額自己負担していて、次のいずれかの条件を満たしている場合に支給対象となります。(食費・居住費は対象外)

なお、介護用品は支給対象となりません。

- ① ベネフィット・ワンの提携外の介護事業者を利用している
- ② 介護対象者1人目についてベネフィット・ワンの介護補助金サービス(居宅)を受給し、介護対象者2人目以降であること
- ③ ベネフィット・ワンの介護補助金サービス(介護用品)を受給し、なおかつ介護補助金サービス(居宅)を利用している
- ④ ベネフィット・ワンの介護補助金サービス(居宅)の請求に間に合わなかったとき

【給付限度額】

介護対象者1人当たり月額 15,000 円まで給付

【申請方法】

「介護支援給付金請求書」に下記の書類を添付

- ① 介護保険法で定める支給限度額を超えて全額自己負担していることがわかる領収書明細等

◆初回時は追加として下記の書類も添付

- ① 申請者と介護対象者の続柄を証明する公的書類の写し(申請者の戸籍全部事項証明等)
- ② 介護対象者の要介護度と有効期間が記された公的書類の写し(介護保険被保険者証等)
* 介護保険証の有効期間や等級が変更になった場合、申請時に再提出する

【お問合せ・請求書提出先】

〒164-8545 東京都中野区中野 4-10-2 中野セントラルパークサウス 6F

HOYA福祉共済センター 村山 03-6759-5709 □-21-2060

介護支援給付金請求書 第()回

HOYA福祉共済センター理事長 殿

介護支援給付金の支給を受けたく申請します。

健康保険記号番号	-					
申請者	加入員名	⑨	生年月日(西暦)	年	月	日
	加入員住所					
	事業所名		社員番号			

介護対象者		加入員との続柄	
介護対象	要支援度／要介護度(該当箇所には○をつけてください)		
	要支援< 1・2 >		要介護< 1・2・3・4・5 >
	介護保険証の有効期限	年	月

【初回のみ提出が必要な書類】

- ・申請者と介護対象者の続柄がわかる公的書類の写し(申請者の戸籍全部事項証明書等)
- ・介護対象者の要介護度と認定有効期間が記された公的書類の写し(介護保険被保険者証等)
- ※介護保険証の有効期限や等級が変更になった場合は、申請時に一緒に提出する

申請内容にレ点をつける	<input type="checkbox"/> ベネフィット・ワンの提携外の介護事業者を利用している <input type="checkbox"/> 1人目についてベネフィット・ワンの介護補助金サービス(居宅)を受給し、2人目以降となる (ベネフィット・ワンで受給を受けた方の氏名:続柄) 氏名: 加入者との続柄: <input type="checkbox"/> ベネフィット・ワンの介護補助金サービス(介護用品)を受給し、なおかつ介護補助金サービス(居宅)を利用している (ベネフィット・ワンで受給を受けた方の氏名:続柄) 氏名: 加入者との続柄: <input type="checkbox"/> 1人目でベネフィット・ワンの介護補助金サービス(居宅)の請求に間に合わなかったため	申請内容の領収書の金額は私が全額を支払いしたことに間違いはありません。 (領収書のあて名が介護対象者の場合、申請者が署名する) 署名 _____
-------------	--	--

【毎回提出が必要な書類】

- ・介護保険法で定める支給限度額を超えて全額自己負担していることがわかる領収書、明細等(食費、居住費は対象外)

振込先	銀行名				
	支店名	(支店コード:)			
	(普通)口座No.	口座名義(カタカナ)			

個人情報の取扱いについてのご案内

HOYA福祉共済センターは、本申請書に記載された皆様の個人情報を共済給付お支払以外の目的には利用しません。

(共済センター記載欄)

受付日	年	月	日	専務理事	事務長	担当
支給可否	可 ・ 否					
支給額	円					
給付日	年	月	日			