

健康保険 記号番号
-

ホームヘルプ補助金請求書 第()回

私は、下記事由によりホームヘルパーを雇用したので、共済給付金規程に基づきホームヘルプ補助金を請求します。

HOYA福祉共済センター理事長 殿

加入員氏名 _____ 振込口座 (加入員名義口座)

_____ 銀行名 _____ 銀行

加入員住所 _____ 支店名 _____ 支店

_____ 普通預金口座No. _____

ホームヘルパーの氏名又は紹介所、家事代行業者等名	紹介所、家事代行業者等を利用又は親族以外のホームヘルパーを雇用した期間
加入員とホームヘルパーの間柄	自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)
雇用事由	支払額 支払金額 円 (日額がわかる書類と領収書を必ず添付してください。)

※HOYA福祉共済センターは、本請求書に記載された個人情報、共済給付のお支払い以外の目的には利用いたしません。
※本請求書はHOYA健康保険組合経由でご提出ください。
※ここで言うホームヘルパーは、三親等以内の親族以外のホームヘルパーのことです。
※支給日数は183日を限度とする。

支給決定書

伺 年 月 日	年 月 日	決 裁	専務理事	事務長	担当者
決定年月日	年 月 日				
加入員資格	取得 年 月 日	喪失 年 月 日			
被扶養者認定	年 月 日	給付経過	前回までの給付実日数 日間		
支給金額	日当(手数料含む) × 70% = 日額 日額 円 × 日数 日 =		決定金額 円		