

保険証記号番号

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)

\_\_\_\_\_ 印

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を、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

同 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	$\text{日当(手数料含む)} \times 70\% = \text{日額}$ $\text{日額} \times \text{日数} = \text{決定金額} \text{ 円}$				