様式第124号

互

ホームヘルパー雇用補助請求書

決定額	※						円

所属コード	組合員証番号	職　名	氏　　名

請　求　金　額	円				
療養者	氏　名		生年月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日	本年度当会に請求した日数　（今回分は除く）
	会員との続柄				日
傷　病　名		1．会員の被扶養者で｛ある／ない｝　2．会員と｛同居／別居｝ （いずれかを○で囲むこと）			
療　養　期　間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで				
介護者の区分 （いずれかを○で囲むこと）	1．ホームヘルパー　　2．３親等以外の者				

今回請求期分	雇用した期間	令和　　年　　月　　日から	令和　　年　　月　　日まで
	雇 用 日 数	日間	
	支　払　額	円	

上記のとおり請求します。

一般財団法人　岩手県教職員互助会長　様

令和　　年　　月　　日

請　求　者　住　所

氏　名

上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。

令和　　年　　月　　日

（〒　　－　　）（TEL　　－　　－　　）

所　属　所　在　地

所　属　所　名

所属所長名　職　名

氏　名

1　対象療養者　① 会員
② 会員の配偶者
③ 会員又は配偶者の扶養家族
④ 会員又は配偶者の父母（別居しているときは、同居者がいない場合に限る。）

2　給　付　額　対象者が在宅療養中に介護者及び家事援助者（3親等以外の者）を5日間以上雇用して、その費用を負担したとき、1日2，000円以内（1年度に60日を限度）を給付する。
ただし、介護保険の在宅支援給付を受けている場合は、その自己負担額の範囲内とする。
在宅療養中の者とは
・在宅療養について、医師の証明がある者。
・寝たきり又はこれと同様の状態にある者で介助を必要とする者。
・食事、入浴、着脱衣、排泄等に自立不能又は困難で介護を必要とする者。
・老衰、病弱等により、歩行困難で常時介助を必要とする者。

3　請　　求　請求書1枚で年度内60日までまとめることができます。 なお、次の書類を添付してください。
・介助者の看護料領収書（1日分の金額が明確にわかるもの）
・会員と療養者の続柄が確認できるもの（戸籍抄本等）
・医師の証明がある方はその写し

（注）※印欄は記入しないでください。