

(14-様式第9号)

所属名	県市職 B I T	名前	項目番号	給付金額 (互助会記入欄)
所属コード		職員番号		
			2 0 4 1	円

事務局長	主幹	主査	主事	会計	係
審査の結果上記のとおり補助金額を決定する。					
平成 年 月 日					

ホームヘルパー雇用補助金給付請求書					
請求金額	円				
療養者	名前		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	会員との続柄		会員の被扶養者で	・ある ・ない	会員と ・同居 ・別居 いずれかに をすること
	療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
介助者	名前		住所		
	雇用期間	日間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
上記のとおり請求します。					
平成 年 月 日					
所属名					
自宅住所					
職・名前					
一般財団法人三重県公立学校職員互助会理事長 様					
					互助会受付印
					整理番号

(注意事項)

- (1) 太線内を記入してください。
- (2) 会員又は会員でない公立学校共済組合員が、三親等以外の介助者を5日以上雇用した場合に請求してください。
- (3) 医師証明書(裏面)及び介助者の看護料領収書を添付してください。
- (4) 療養者が会員(会員でない公立学校共済組合員含む)及びその被扶養者以外の場合は、続柄が確認できる書類(戸籍抄本等)を添付してください。また、被扶養者でない別居の父母の場合は、住民票謄本も添付してください。
- (5) 「県市職B I T」欄には、県職員は「0」、市町職員は「1」を記入してください。
- (6) 互助会に登録の振込口座に送金されます。

医師証明書

療養者名	
療養者生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
療養者住所	
傷病名	
初診年月日	平成 年 月 日
<p>上記の者は、病気、療養したことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名 ㊞</p>	