

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。					
令和 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		大正 昭和 平成 令和	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・令和	年	月	日から	平成・令和
介 助 者	名前	住所				
	雇用期間	日間	平成・令和	年	月	日から 平成・令和 年 月 日まで
上記のとおり請求します。						
令和 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)

- 太線内を記入してください。
- 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。
- 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。
- 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。
- 「県市職BIT」欄には、県職員は「0」、市町職員は「1」を記入してください。
- 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	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
療 養 者 住 所	
傷 病 名	
初 診 年 月 日	平成 令和 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>令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名 ㊟</p>	