

(14-様式第9号)

所 属 名	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
	療養期間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
介 助 者	名 前		住 所			
	雇用期間	日間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
上記のとおり請求します。						
令和 4 年 月 日						
所 属 名						
自 宅 住 所						
職・名 前 ⑩						
一般財団法人三重県公立学校職員互助会理事長 様						
(互助会記入欄)						
<4月・日> <5月・日> <6月・日> <7月・日> <8月・日> <9月・日>						
円+ 円+ 円+ 円+ 円+ 円+						
<10月・日> <11月・日> <12月・日> <1月・日> <2月・日> <3月・日> <計・日>						
円+ 円+ 円+ 円+ 円+ 円= 円						

(注意事項)

- 太線内を記入してください。
- 会員又は公立学校共済組員が、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。
- 療養者が本人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、療養者の住民票謄本も添付してください。
- 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
上記の者は、病気、療養したことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 ㊟	