

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		
津小学校		互助 太郎		
700000	0	999999	2041	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	90,000 円				
療養者	名前	互助 太郎		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	会員との続柄	本人	会員の被扶養者で	・ある ・ない	会員と ・同居 ・別居
	療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
介助者	名前	三重 恵子		住所	津市 町 -
	雇用期間	30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 津市立津小学校

自宅住所 津市 町 -

職・名前 教諭 互助 太郎



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。
- 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	互助 太郎
療養者生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
療養者住所	津市 町 -
傷病名	骨折
初診年月日	平成 年 月 日
上記の者は、病気、療養したことを証明します。 平成 年 月 日 所在地 津市栄町 1 - 8 9 1 医療機関名 互助会病院	

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		
津小学校		互助 太郎		
700000	0	999999	2041	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	90,000 円				
療養者	名前	互助 花子		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	会員との続柄	実母	会員の被扶養者で	<input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない	会員と <input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 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	三重 恵子		住所	津市 町 -
	雇用期間	30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 津市立津小学校					
自宅住所 津市 町 -					
職・名前 教諭 互助 太郎					
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	互助 花子
療養者生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
療 養 者 住 所	津市 町 -
傷 病 名	骨 折
初 診 年 月 日	平成 年 月 日
上記の者は、病気、療養したことを証明します。 平成 年 月 日 所 在 地 津市栄町 1 - 8 9 1 医療機関名 互助会病院	