

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		
津小学校	互助 太郎		
700000	994999	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。					
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	90,000 円				
療 養 者	名 前	互助 太郎		生年月日	大正昭和平成令和 45年 12月 1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・令和 3年 5月 1日から 令和 4年 1月 31日まで			
介 助 者	名 前	三重 恵子		住 所	津市湊見町1234
	雇用期間	30日間 令和 3年 11月 1日から 令和 4年 1月 31日まで			
上記のとおり請求します。					
令和 4年 2月 △△日					
所 属 名 津市立津小学校					
自 宅 住 所 津市栄町1丁目891番地					
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					


(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>
円+	円+	円+	円+	円+	円+
					<計・日>
					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	互助 太郎
療養者生年月日	大正 昭和 平成 令和 45年 12月 1日
療養者住所	津市広明町999番地
傷病名	骨折
初診年月日	平成 令和 3年 5月 1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 4年 2月 △△日</p> <p>所在地 津市桜橋2-999</p> <p>医療機関名 互助会病院</p> <div style="text-align: right;"></div>	

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		
津小学校	互助 太郎	2041	円
700000	994999		

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	90,000 円				
療養者	名前	互助 花子		生年月日	大正昭和平成令和 15年10月1日
	会員との続柄	実母	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・令和	3年5月1日から 4年1月31日まで		
介助者	名前	三重 恵子		住所	津市湊見町1234
	雇用期間	30日間		令和3年11月1日から 令和4年1月31日まで	

上記のとおり請求します。

令和 4年 2月 △△日

所属名 津市立津小学校

自宅住所 津市栄町1丁目891番地

職・名前 教諭 互助 太郎

互助

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						

(互助会記入欄)

<4月・日>	<5月・日>	<6月・日>	<7月・日>	<8月・日>	<9月・日>	<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+	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	互助 花子			
療養者生年月日	大正 昭和 平成 令和	15年	10月	1日
療養者住所	津市広明町999番地			
傷病名	骨折			
初診年月日	平成 令和	3年	5月	1日
上記の者は、病気、療養したことを証明します。				
令和 4年 2月 △△日				
所在地	津市桜橋2-999			印
医療機関名	互助会病院			