

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	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 いずれかに○をすること
	療養期間	平成・令和 元 年 5 月 1 日から	平成・令和 元 年 9 月 30 日まで		
介助者	名前	三重 恵子		住所	津市浜見町1234
	雇用期間	30 日間		平成 令和 元 年 7 月 1 日から	平成 令和 元 年 9 月 30 日まで
上記のとおり請求します。					
令和 元 年 10 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

(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 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	元	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 元 年 〇〇 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; border: 1px solid red; width: 50px; height: 50px; margin-left: auto; margin-right: 0;">  </div>					

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	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 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 いずれかに○ をすること
	療養期間	平成・令和 元 年 5 月 1 日から	平成・令和 元 年 9 月 30 日まで		
介助者	名前	三重 恵子		住所	津市浜見町1234
	雇用期間	30 日間		平成 令和 元 年 7 月 1 日から	平成 令和 元 年 9 月 30 日まで
上記のとおり請求します。					
令和 元 年 10 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

(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	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	元	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 元 年 〇〇 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="border: 1px solid red; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: auto;">  </div>					