

## ホームヘルパー雇用補助請求書

通知区分	5	6	決定額	※						円	
所属コード	組合員証番号			職名		氏名					
請求金額	円										
療養者	氏名	生年月日		大正	昭和	平成	令和	年	月	日	本年度当会に請求した日数 (今回は除く)
	会員との続柄									日	
傷病名			1. 会員の被扶養者で		ある	2. 会員と		同居		別居	
療養期間	令和	年	月	日から	ない						
介護者の区分 (いずれかを○で囲むこと)	1. ホームヘルパー		2. 3親等以外の者								
今回請求期分	雇用した期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで		
	雇用日数	日間									
	支払額	円									
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者 住所 氏名 氏名 (印)</p>											
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。</p> <p>令和 年 月 日 (〒 - ) (Tel - - )</p> <p>所属所在地 所属所名 職名 所属所長名 氏名 (職印)</p>											

- 1 対象療養者 ① 会員  
② 会員の配偶者  
③ 会員又は配偶者の扶養家族  
④ 会員又は配偶者の父母(別居しているときは、同居者がいない場合に限る。)
- 2 給付額 対象者が在宅療養中に介護者及び家事援助者(3親等以外の者)を5日間以上雇用して、その費用を負担したとき、1日2,000円以内(1年度に60日を限度)を給付する。  
ただし、介護保険の在宅支援給付を受けている場合は、その自己負担額の範囲内とする。  
在宅療養中の者とは・在宅療養について、医師の証明がある者。  
・寝たきり又はこれと同様の状態にある者で介助を必要とする者。  
・食事、入浴、着脱衣、排泄等に自立不能又は困難で介護を必要とする者。  
・老衰、病弱等により、歩行困難で常時介助を必要とする者。
- 3 請求 請求書1枚で年度内60日までまとめることができます。なお、次の書類を添付してください。  
・介助者の看護料領収書(1日分の金額が明確にわかるもの)  
・会員と療養者の続柄が確認できるもの(戸籍抄本等)  
・医師の証明がある方はその写し
- (注) ※印欄は記入しないでください。