様式第 124号

互

ホームヘルパー雇用補助請求書

通知区分			決定	※

所属コード	組合員証番号	職　名	会　員　氏　名

請求金額			円		
療養者	氏　名		生年月日	明治 大正 昭和 平成　年　月　日	本年度当会に請求した日数（今回分は除く）
	会員との続柄				日
傷病名			1. 会員の被扶養者で｛ある／ない｝　2. 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		※　いずれかに○をすること		
介護者の区分	1. ホームヘルパー　2. 3親等以外の者　※ いずれかに○をすること				
今回請求分	雇用した期間	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで			
	雇用日数	日間			
	支払額	円			

上記のとおり請求します。

一般財団法人　岩手県教職員互助会長　様

平成　年　月　日

（〒　－　）（☎　－　－　）

請求者　住所

氏名　㊞

上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。

平成　年　月　日

（〒　－　）（☎　－　－　）

所属所在地

所属所名

所属所長名　職印

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（別居している時は、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

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
- ねたきり、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**