エッコロ制度申請書Ｄ（本人・家族の入院、在宅療養）

生活クラブ生活協同組合 岩手　御中

下記事由発生により、ケア金の請求を致します。

申請日	２０　　年　　月　　日

支部名		班名【班コード】	【　　】
組合員コード		電話番号	（　　）
申請者氏名		㊞	

◆№13 加入者本人の入院･在宅療養に伴うケア、№14 加入者の家族の入院･在宅療養に伴うケア◆

〇下記の項目について記入をしてください。

傷病者（該当に〇印） ※家族の場合は続柄	本人　・　家族 （続柄：　　）	傷病名 （該当にも〇印）	（　入院　・　在宅療養　）
期間	20　　年　　月　　日　～　20　　年　　月　　日		

※　共同購入品の保管･受け渡しがあった場合は、“申請書Ｃ”の記入と提出をお願いします。

※　加入者本人の入院の場合は医療機関の領収書などの、

入院が証明できるもの（コピー可）を必ず添付してください。

※　加入者本人の入院の場合、見舞金 3,000 円が給付されます。

※　加入者本人の在宅療養、及び加入者の家族の入院・在宅療養ケア金が１万円以上の場合は医療機関の領収　　書（コピー可）が必要です。１万円未満の場合は申請者以外のエッコロ加入者（ケア者でも可）の方が事由発生の証明をして下さい。

証明者氏名		㊞

〇ケア者(ケアをした方＝給付を受ける方)と
ケア活動について記入をしてください。

支部名		班名【班コード】	【　　】
組合員コード		ケア者氏名	

事由発生日	ケア内容(どのようなケアを)	ケア時間(累計時間)	金額
２０　年　月　日		時～　時(計　時間)	円
２０　年　月　日		時～　時(計　時間)	円
２０　年　月　日		時～　時(計　時間)	円
２０　年　月　日		時～　時(計　時間)	円
２０　年　月　日		時～　時(計　時間)	円
合　計			円

※　１日あたり４時間が上限です。

≪事務局記入欄≫

提出日	20　年　月　日（職員名：　　）		審査日	20　年　月　日	
処理日	20　年　月　日（職員名：　　）		審査結果	可　・　不可	
審査不可理由					
給付日	20　年　月　日	給付金額（本人）		円	
		給付金額（ケア者）		円	