

# エコロ制度申請書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		Ⓜ				

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

○下記の項目について記入をしてください。

傷病者 (該当に○印) ※家族の場合は続柄	本人 ・ 家族 (続柄: )	傷病名 (該当にも○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。

○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。

証明者氏名		Ⓜ
-------	--	---

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