**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◆**

**○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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証明者氏名 |  | ㊞ |

※　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。

**○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 | |