

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、給付の請求を致します。

		申請日	20	年	月	日
支部名		班名【班コード】	【 】			
		地区名【コース】	【 】			
組合員コード		電話番号	()			
申請者氏名			※ 申請者以外の方が代筆する場合は、 <u>必ず</u> <u>申請者の押印</u> をお願いします。			

◆No.13 加入者の入院・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（No.9 共同購入品の保管・受け渡し）での申請をお願いします。

※ 加入者の入院見舞金は、組合員活動中の事故の場合は申請書H（No.1 組合員活動中の事故保障(入院)）、それ以外の場合は申請書B（No.22 加入者の入院見舞金）での申請をお願いします。

※ 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）を必ず添付してください。

○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】	【 】	
		地区名【コース】	【 】	
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
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。

※ 1つの傷病を1回として年4回が上限です。

＜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	円