

- ⑩産前産後・入院・通院・在宅療養のときのケア／
- ⑪住宅災害のときのケア／⑫子育て中・介護中の加入者がリフレッシュしたいとき、儀式や行事に参加するときのケア／
- ⑬加入者本人または家族が亡くなったときのケア

生活クラブ京都エル・コープ 御中

下記内容により、ケア金の請求を致します。

申請者記入欄	支部名		組合員コード		記入日	年	月	日
	フリガナ		電話	()				
	氏名		携帯	()				
	住所							

- ◆今回申請する給付NO.の欄に丸印をつけてください。(生活保障⑩~⑬)
- ◆生活保障⑩には出産(予定)日、けがや病気の内容についても記入してください。
- ◆生活保障⑫は4種類の理由から選んで□にチェックを入れてください。
- ◆1枚1制度のため、異なる給付NO.(保障制度)を利用の場合はそれぞれ別用紙に記入してください。



該当欄に○をつける	生活保障⑩	●産前産後(出産を含み合計24週間以内) 出産(予定) 年 月 日	●入院・通院・在宅療養のとき けが・病気内容 ()
	生活保障⑪	住宅災害(年 月 日)の時 ◆罹災後1週間以内に限る	
	生活保障⑫	手助けが必要な家族(未就学児・要介護者・障がい者)を持つ加入者をサポートするケア。 該当欄に☑チェック いずれかに○ <input type="checkbox"/> リフレッシュしたい <input type="checkbox"/> 儀式(通夜、告別式など)に参加 <input type="checkbox"/> 行事(参観日、結婚式)に参加 <input type="checkbox"/> 健康診断、諸手続き	
	生活保障⑬	加入者本人または家族が亡くなったとき(本人が死亡したときはケア者が申請)	

ケア活動報告書 兼 請求書 (1時間@600円で申請)

回数	発生年月日	ケア者		ケア内容 (家事支援、託児、見守りなど)	ケア理由 (何のために)	ケア時間
		組合員コード	氏名			
1	20 年 月 日					
2	20 年 月 日					
3	20 年 月 日					
4	20 年 月 日					
5	20 年 月 日					

ケア金額合計 _____ 時間 × @600 円 = _____ 円

※生活保障全体で年間24,000円限度



記事入務局欄	受付日	20 年 月 日	担当者名
	処理日	20 年 月 日	担当者名

受付番号 _____

【個人情報の取得に関する事項】

事由申請書およびご提出いただいた各書類に記載された個人情報はエコロたすけあい制度の適切な運用をはかるために活用させていただきます。