

介護支援金請求書

給付コード							区分		
1	要介護認定	0	2	3	0	-	0	5	H・K
2	特定疾患	0	2	3	0	-	0	6	
3	重度の障害	0	2	3	0	-	0	7	
4	介護休暇	0	2	3	0	-	0	8	

一般財団法人 大阪府教職員互助組合理事長様
 太枠のみご記入ください。

会員番号		所属名	〒 (- -)
フリガナ			
氏名			
住所	〒		〒 (- -)

別紙の書類を添えて下記のとおり請求します。

1 要介護認定等の場合、2 介護休暇の場合どちらか番号を○で囲んでください。

1 要介護認定等の場合

請求額	¥	給付決定額	¥				
フリガナ		給付期間					
扶養家族氏名		年	月	～	年	月	
生年月日	年	月	日生	4,000円× 月＝			円
1. 要介護認定		2. 特定疾患		3. 重度の障害			

2 介護休暇の場合

請求額	¥	給付決定額	¥											
請求期間 (暦月単位)	年	月	日	から	年	月	日	給付日数		日				
介護休暇 承認期間	年	月	日	から	年	月	日	1	2	3	4	5	6	7
介護休暇を必 要とする理由								8	9	10	11	12	13	14
								15	16	17	18	19	20	21
								22	23	24	25	26	27	28
							29	30	31					

振込先	銀行名	支店名	普通	口座番号
フリガナ				
口座名義人 (請求者本人)				

担当者	資格	受	付

〈添付書類〉 1 要介護認定等の場合

- ① 要介護認定の方……要介護認定結果通知書、介護保険被保険者証等(要介護3以上)
- ② 特定疾患の患者……特定疾病医療受給者証
- ③ 障がいのある方……身体障害者手帳(2級以上)、療育手帳(A)精神障害者保健福祉手帳(1級)

2 介護休暇の場合……介護休暇願(承認された旨の所属長の証明のあるもの)および出勤簿

〈注意〉

- (1) 上記1については、毎年該当扶養家族の誕生日以降に請求してください。
- (2) 上記1の添付書類は、請求期間中認定または承認を受けていることが証明できるものが必要です。
- (3) 上記1-②の特定疾病には小児慢性特定疾病・指定難病を含みますが軽快者を含みません。
- (4) 上記2については、暦月を単位に請求してください。
- (5) 上記2について、介護休暇の取得が短縮した場合、「状況変更届」も添付してください。

◎ 添付書類は鮮明な写しをもって原本に替える事ができます。

※ ご記入いただきました個人情報は、当該事業の適正な運営に必要な業務にのみ利用いたします。

給付は、受給事由が発生した日から3年以内に請求があった場合に限り、これを行うことができます。