

あおぞら共済 見舞金(介護支援助成)給付請求書

半田商工会議所 御中

提出日	令和 年 月 日
-----	----------

下記のとおり介護支援助成金の給付を請求します。

事業所番号	*	事業所名			
加入者番号	*	加入者氏名	⑩		
加入年月	* 年 月	加入口数	* 口	助成金金額	* 円
*会議所使用欄 見舞金振込先 原則として 保険料振替口座	金融機関	* 銀行 支店 信用金庫		預金種類	* 当座・普通
	口座番号	*No. :		*名義 :	

公的介護保険 で要介護の認定 を受けられた方について ご記入ください	(ふりがな) () 氏 名 :	生年月日 : 年 月 日
	住 所 :	
	加入者との関係 :	居住 : 加入者と同居 加入者と別居
	認 定 日 : 年 月 日	認定内容 :
	認 定 機 関 :	

上記の記載事項は事実と相違ないことを確認し証明します。

事業所所在地
.....
事業所名
.....
代表者氏名 ⑩
.....
電話番号 ()
.....

■見舞金の請求について

- ・介護支援助成金は半田商工会議所独自の制度です。
- ・介護支援助成金制度は、あおぞら共済に継続して6ヶ月以上加入している加入者の同居両親が、公的介護保険の要介護1以上の認定を受けた場合に該当します。但し、認定者一人に対し1回(1/1~12/31)限りの給付とします。
- ・請求期限は、請求事由が発生した日から3年以内とします。
- ・請求時には、請求事由を証明できる書類(介護手帳のコピー等)を必ず添付ください。
- ・ご記入頂いた情報は、見舞金発給事務のために利用いたします。
- ・ * 欄は半田商工会議所にて記入いたします。

* 半田商工会議所処理欄

担当生保		担当者		添付書類		その他	
------	--	-----	--	------	--	-----	--