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						
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	預金種類	* 当座・普通		
	口座番号	*No. :		*名義 :				

* 欄は半田商工会議所にて記入いたします。

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

印

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。

(お知らせ)

※1 半田商工会議所 あおぞら共済はアクサ生命保険株式会社を引受会社とする定期保険(団体型)と半田商工会議所が独自に実施する祝金・見舞金制度で構成されています。

※2 本請求書に記載された個人情報、お祝金・お見舞金支払の可否判断を含む給付金支払手続きにのみ利用します。

【半田商工会議所処理欄】

担当生保		担当者名		添付書類確認		その他	
------	--	------	--	--------	--	-----	--