



給付申請書

- ※ コピーして使って下さい
- ※ 太字枠内を記入して下さい
- ※ 回数の上限は12回/1年間

生活クラブ都市生活 御中

下記エッコロたすけあい制度の事由発生により、ケア金の請求をします。

記入日	年	月	日
依頼者名 (あなたのお名前)	組合員コード		
	電話番号		

■ ケア報告

必須 (空欄の無いようにして下さい)

事由発生日	年	月	日 ()	ケア時間	時	分~	時	分
ケア者氏名				ケア者の組合員コード				
ケア内容	<ul style="list-style-type: none"> ● どれか一つを選んでください。 <input type="checkbox"/> あなたのケア <input type="checkbox"/> 家族のケア <input type="checkbox"/> 作業手伝い、話し相手、相談、留守時の家のケア ● 当日のケアの様子を記入して下さい 							
依頼した理由								
ケア者について	<ul style="list-style-type: none"> ※同居・別居を問わず、家族間のケアは対象外です。 <input type="checkbox"/> 知人友人関係 <input type="checkbox"/> 班・エッコロサークル (班・エッコロサークルの名前) <input type="checkbox"/> 以前にもケアをしてもらった関係 <input type="checkbox"/> 今回コーディネーターに紹介してもらった (コーディネーター名:) 							
アンケート (任意)	「助かった」あるいは「もっとこうしてほしい」などご意見があれば、今後の参考のためにお聞かせください。							

ご記入いただいた個人情報は、エッ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。

事務局記入欄			
センター 受付日	月	日	審査不可の場合の理由
審査日 (エッコロ審査会)	月	日	
ケア金の給付金額	円	給付日	月 日