

受付番号	
------	--

エッコロたすけあい制度

生活保障 生①～生⑥

生活クラブ生活協同組合 御中 下記事由発生内容により、ケア金の請求をいたします。

申請者記入欄	組合員コード		
	フリガナ		
	氏名	電話 ()	
エッコロコーディネーター		組合員コード	(組合員氏名)

今回申請する制度番号のNo.を左端に記入してください。下記以外の制度利用の場合は別の書類に記入してください。

今回の申請制度No.	No.	制度番号	制度内容	ケア金額
	1	生-①	困ったことを手伝うケア（年間5回まで）	400円/1回
	2	生-②	子育て中の加入者をサポートする子どもを預かるケア	400円/30分
	3	生-②-1	子育て中の加入者をサポートする子どもを預かるケア（事前顔合わせ有り）	400円/30分 (初回のみで1時間まで)
	4	生-③	加入者本人または家族の入院・在宅療養時のケア	400円/30分
	5	生-④	障がいのある加入者、介護を必要とする加入者、高齢（65歳以上）の加入者をサポートするケア	400円/30分
	6	生-⑤	障がいのある家族、介護を必要とする家族を持つ加入者をサポートするケア	400円/30分
	7	生-⑥	配送またはデポーでの購入をサポートするケア	200円/1回

ケア活動報告書兼請求書 (時間単位のケアは15分単位で申請可。1回3時間まで)

※事前顔合わせを実施した場合は別段に記入し事由発生日とケア理由に「事前顔合わせ」と記載してください。また、事前顔合わせをしたがケアをしなかった場合は、ケア内容にケア不成立と記入してください。

数	事由発生年月日	ケア者		申請者との関係	ケア理由 (何のために)	ケア内容 (何のケアを)	ケア時間	ケア金額
		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= 円
 コーディネート 事由回数×1200円= 円
 事前顔合わせ= 円
 給付合計金額= 円

センター・デポー事務局処理欄	担当者氏名	備考
受付 20年月日		地域福祉政策委員会処理欄
回収日 20年月日		
地域福祉政策委員会処理欄		
審査日 年月日		
審査結果 可 • 不可		

【個人情報の取扱に関する事項】事由申請書および提出いただいた各書類に記載され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。