

互 ホームヘルパー雇用補助 請求書

所属所名	会員氏名	※ 受付番号
所属所コード	組合員証番号	

雇用を必要とする理由(いずれかにレを記入)	互助会員の <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 負傷 <input type="checkbox"/> 出産(出産日:令和__年__月__日) <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> リフレッシュ <input type="checkbox"/> 地域活動参加 <input type="checkbox"/> その他()
	互助会員の配偶者の <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 負傷 <input type="checkbox"/> 出産(出産日:令和__年__月__日) <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> リフレッシュ <input type="checkbox"/> 地域活動参加 <input type="checkbox"/> その他() 配偶者氏名: _____
	互助会員と同居する家族の <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 負傷 同居する家族の氏名: _____

依頼業者名	
-------	--

依頼した仕事	<input type="checkbox"/> 家事援助 (食事の準備・後始末、掃除、洗濯、買物) <input type="checkbox"/> 保育 (一時預かり保育も含む) } 保育又は介護の <input type="checkbox"/> 介護 } 対象者氏名: _____
--------	--

雇用期間	実支払額 (日額で記入してください。)	請求額 (A×C+B×D)
令和__年__月__日 ~ 令和__年__月__日	日額 _____ 円(C)	円
1日雇用した日数(8時間) _____ 日(A)	※ただし、6,000円以上の場合は上限6,000円。	※ 決定額
半日雇用した日数 (4時間以上8時間未満、ただし一時預かり保育は3時間以上8時間未満) _____ 日(B)	日額 _____ 円(D) ※ただし、3,000円以上の場合は上限3,000円。	円

上記のとおり請求します。

一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 様
令和__年__月__日

氏名 _____ 印

上記のとおり相違ないことを証明します。

一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 様
令和__年__月__日

所属所長 _____ 印

【ホームヘルパー雇用領収書貼付欄】

注 1 1日(又は半日)あたりのホームヘルパー等に支払った額が、補助額単価に満たない場合は、実際に支払った額が補助額単価になります。

注 2 請求の際は、領収書を添付し、領収書の日付以降に御提出ください。

注 3 補助は、決定後、短期給付等受取口座へ送金いたします。

注 4 県立学校等の教職員で、総務事務システムの使用対象者は、この様式によらず、システムから請求してください。