

(互) ホームヘルパー雇用補助 請求書

4月1日付け所属所宛て通知文書を必ず御確認ください。 裏面に注意事項があります。	所属所名	会員氏名	※ 受付番号
	所属所コード	職員番号	
雇用を必要とする理由(いずれかに✓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"/> 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(いずれかに✓を記入)	<input type="checkbox"/> 家事援助 (食事の準備・後始末、掃除、洗濯、買物) <input type="checkbox"/> 保育援助 (ベビーシッターまたは保育施設の一時預かり) <input type="checkbox"/> 介護援助 (家庭において行われる援助) ◆保育援助または介護援助の対象者氏名: _____		
確認事項(✓を記入)	<input type="checkbox"/> 下記必要事項が領収書に記載されていることを確認しました。 ①支払者氏名(原則:ホームヘルパー雇用補助請求者氏名)、②雇用日、③支払金額、 ④雇用内容、⑤利用開始及び終了時間(送迎・移動時間は含まない)、⑥発行者、 ⑦一時保育・介護の場合は対象者氏名 <input type="checkbox"/> 保育援助利用:一時預かりの保育料であることを申し立てます。		
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時間以上)	_____日(A)	※ただし、6,000円以上の場合は上限6,000円。	
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。	
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 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">請求者氏名 _____</div>			

【注意事項】 ※不備がある場合は返送いたします。

- 注 1 4月1日付け所属所宛て通知を必ず御確認ください。
- 注 2 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になります。
- 注 3 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 4 領収書に下記必要事項が記載されていることを御確認ください。(不備がある場合は返送します。)
①支払者氏名(原則:ホームヘルパー雇用補助請求者氏名)、②雇用日、③支払金額、④雇用内容、
⑤利用開始及び終了時間(送迎・移動時間は含まない)、⑥発行者、⑦一時保育・介護の場合は対象者氏名
- 注 5 保育援助・介護援助の場合、請求書は対象者1名につき1枚作成してください。
- 注 6 紛失の恐れがあるため、領収書は下記または裏紙等に貼付けたものを添付して御提出ください。
- 注 7 補助は、決定後、短期給付等受取口座へ送金いたします。
- 注 8 令和3年度から、請求者印、所属所長欄(所属所長名・印)が廃止になりました。所属所を経由せず御提出いただけます。
- 注 9 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。

【ホームヘルパー雇用領収書貼付欄】