か共済様式－３

美濃商工会議所　生命共済制度
介　護　支　援　助　成　金　請　求　書

美 濃 商 工 会 議 所　御 中

下記記載事項に虚偽無く介護支援助成金を請求します。

事業所番号		加入者番号		加入口数	

◆介護支援助成金　　円

平成　　年　　月　　日

住　　所
事業所名
代表者名　　印

（ふりがな） 加入者氏名		
加入者住所		
加 入 年 月	年　　月	
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下さい	（ふりがな） 氏　　名：	生年月日：　年　　月　　日
	住　　所：	
	加入者との関係：	
	認　定　日：平成　　年　　月　　日	認定内容：
	認 定 機 関：	

◎請求事由を証明できる書類（介護手帳のコピー等）を必ず添付して下さい

助成金請求について

※加入期間が１年以上の加入者と同居している親が公的介護保険の要介護１以上の認定を受けたとき。但し、認定を受けられた方一人に対し１回限りの給付とし、請求期限は請求事由が発生した日から１年以内とします。

※ 美濃商工会議所「生命共済制度」はアクサ生命保険株式会社を引受会社とする福祉団体定期保険と美濃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。

※ 本請求書に記載された個人情報は、介護支援助成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。

【　商工会議所使用欄　】

確　　認			支払日	受付日