

受付番号

《共同購入保障 ③共同購入預かり配達ケア ④日常的に受け取り困難な人への共同購入配達ケア》

下記事由発生内容により、ケア金の請求をいたします

記入日	20 年 月 日		
組合員コード		支部名	
フリガナ		※班の組合員の方 班コード	
組合員名		連絡先電話番号	

③共同購入預かり配達ケア

事由 該当項目に■	①	☐ 加入者本人の組合員活動中
	②	☐ 加入者本人・家族の療養、本人の出産前後（妊娠から子ども1歳未満まで）
	③	☐ 加入者本人が家族の介護を行うとき
	④	☐ 加入者の家族の葬儀や学校行事参加時
	⑤	☐ 加入者の災害時ケア（加入者の居住する住宅に限る）
	⑥	☐ その他の緊急時（具体的内容：_____）
		※預かり配達ケア 1回300円 ※①～⑥を合わせて年間限度額3,000円（10回）

④日常的に受け取り困難な人への共同購入配達ケア

事由 該当項目に■	①	☐ 加入者本人がハンディキャップ（障がい・慢性疾患）があるとき
	②	☐ 加入者本人が高齢（６５歳以上）であるとき
		※預かり配達ケア １回３００円 ※①～②を合わせて年間限度額９,０００円（３０回）

ケア報告・請求内容

回数	事由発生日	ケア者		ケアの具体的内容	ケア金額
		組合員コード	氏名		
例	10/1	00123456	生活 花子	長男の入学式に出席するため消費材を預かってもらった	300
1					
2					
3					
4					
5					
※ケア内容には、「〇〇の理由で消費材を預かってもらった、配達してもらった」などを記入				請求額合計	

■事務局記入欄				給付日	20	年	月	日
受付日	/	受付者		【審査不可理由】				
給付額	円	事務局						

【個人情報取り扱いに関する事項】

事由申請書およびご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。