

# その他の制度



## 在宅介護援助

制度利用対象者  
本人・ご家族

会員および会員配偶者の老親の介護ならびに家族の出産、疾病、事故などによる一時的な家事負担増加の軽減を図るために雇うホームヘルパー費用の一部を基金が補助いたします。

### ①高齢者介護

1日あたり費用の25%(上限4,000円/日) × 日数(60日限度/年間)

※介護保険で介護サービスを利用している場合は、  
介護保険外の自費で支払った費用に対して補助いたします。

### ②高齢者以外の介護または家庭支援

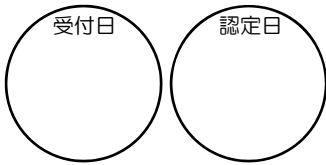
2,000円/日 × 日数(20日限度/年間)

※実費が2,000円/日に満たない場合は実費相当額になります。

介護やホームヘルパーを必要としている方が会員と同居または別居で在宅介護を受けている場合に利用することができます。ただし、別居の際は会員が費用を負担した場合に限ります。また、家庭支援にはベビーシッターなどの費用も含まれます。

<提出書類> 在宅介護援助金申請書・領収書・請求書など

申請書は次ページをご覧ください



# 在宅介護援助金申請書

日野自動車福祉共済基金 理事長 殿  
下記のとおり給付金を申請します。

提出日
年 月 日

会社名		出向先（出向者のみ記入）	
事業所※		所属名	
<input type="checkbox"/> 日野 <input type="checkbox"/> 羽村 <input type="checkbox"/> 新田 <input type="checkbox"/> 古河 <input type="checkbox"/> その他( ) <small>※日野自動車の方は□に✓点を付けてください</small>		部門コード	
フリガナ		支援区分（どちらかに✓点を付けてください）	
氏名		<input type="checkbox"/> 高齢者介護 <input type="checkbox"/> 家庭支援	

注1) 太枠内のみ記入してください  
注2) 日野自動車以外の方は下記振込  
口座記入欄にも記入して下さい

対象者氏名		続柄	現在の生活状況（どちらかに✓点を付けてください）	
フリガナ			会員と同居 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 在宅 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
申請理由				
申請期間	第 回目	年 月 日 ~ 年 月 日		
申請期間の内ホームヘルパーを雇った日数		日間	ホームヘルパーを雇った通算日数 日間	

- (注記) 1. ホームヘルパー又はベビーシッターなどを雇った証明（請求書、領収書等）を添付して下さい。  
 2. 給付金は下記の通りです。  
 ①高齢者介護：1日当たり費用の25%（上限=4000円/日）×日数（60日限度/年間）  
 ②家庭支援：2000円/日×日数（20日限度/年間）  
 3. 給付金の振込は申請書提出月の翌月18日に給与口座へ振込（休日の場合は翌営業日）します。  
 4. 家庭支援とは、本人又は家族の出産、疾病、事故等に対する一時的ヘルパー支援及びベビーシッターなどの費用  
 5. 本申請書に記入された個人情報、本申請書に係わる業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

(振込口座記入欄) ※関連会社の会員の方は下記の振込先に記入して下さい

給付金額	百	拾	万	千	百	拾	円
振込銀行	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫						支店
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		<input type="checkbox"/> 座番号				
受取人	フリガナ						
	氏名						

≪提出経路≫ 日野自動車：本人 → 所属庶務 → 共済基金支部（労組支部） → 共済基金本部  
 関連会社：本人 → 各社担当者 → 共済基金本部

共済基金本部（事務局）			基金支部	該当所属長		
役職理事	事務局長	担当	支部長	グループ長・課長	工長	職長