

# 【共済制度】介護応援金 申請書

手書専用

必要事項を記入のうえ、右記の提出先にご提出ください。

提出先 **GROP・E係**

申請期限

要介護の認定日以降イーライクラブ加入期間中  
(退会者は退会日まで)

- 申請について ● 下記<個人情報の取扱いについて>に同意のうえ、必要事項をご記入ください。
- 給付について ● 原則、前月11日～当月10日までにGROP・E係に届いた申請書について、その月の月末に振込みます。
- イーライクラブからの給付金は、給与口座に振込みます。会社からの給付がある場合の振込みについては、会社にご確認ください。

会社名				申請日	20	年	月	日
* 出向中の方：出向先会社名 ( )				会員番号	* 出向の方は、出向元の事業所の番号をご記入ください。 * 事業所番号は、Webページでご案内しています。			
部署名・施設名					事業所番号	個人番号(社員番号・社員ID等の数字のみ) * 右ツメ		
戸籍氏名	セイ	メイ	姓	名				
社内通称				電話番号	* 該当するほうにチェックしてください			<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 個人
* 社内で旧姓など、戸籍名と違う氏名を使用している方のみ				* 平日の日中に連絡可能なものに限り ( - - )				
振込案内送付先住所(国内のみ)	* 該当するほうにチェックしてください <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	郵便番号	フリガナ					
勤務先に送付の場合の宛名	会社名	部署名・施設名			送付先氏名			

■ 要介護認定を受けている対象者について、ご記入ください。

会員との続柄	* 該当する続柄にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 実父	<input type="checkbox"/> 実母	<input type="checkbox"/> 配偶者父	<input type="checkbox"/> 配偶者母	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 本人
対象者生年月日	西暦	年	月	日	対象者氏名 (要介護認定を受けている人)	フリガナ		
介護度 * 該当するものにチェックしてください	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4		<input type="checkbox"/> 要介護5		

※「要支援」は対象ではありません。

◆ 対象者が亡くなった場合のみ、下記をご記入ください。

対象者の死亡日	20	年	月	日
---------	----	---	---	---

※対象者が亡くなった後で申請する場合の申請期限は、死亡日から1年以内です。

添付書類	申請日時点で有効期間内の、対象者の介護認定保険者証のコピー (氏名、生年月日、要介護状態区分、認定の有効期間が記載された面) ※対象者が亡くなった場合には、死亡日時点で有効期間内であった介護認定保険者証のコピー
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- \* 給付は、要介護認定を受けた方お一人につき1回限りです。
- \* 夫婦や親子、兄弟で会員の場合、どなたか1名のみご申請ください。

* 該当する場合はチェックしてください	<input type="checkbox"/> 休職中
* 退会予定がある場合はご記入ください	
退会予定日	月 日 付退会

<個人情報の取扱いについて>

- いただいた個人情報は、この申請書に基づく給付金の給付およびこれに付随する事務手続きおよび事業の維持・改善に必要な範囲でのみ利用します(ご本人の意思によりご提供いただけない部分がある場合、給付等に支障が生じることがあります)。
- いただいた個人情報は、上記の利用目的の範囲内で委託先に委託する場合および法令に基づいて提供する場合を除き、あらかじめご本人の同意を得ることなく第三者に開示または提供することはありません。また、利用目的遂行のため業務を委託する場合は、個人情報の取扱いに関する適正な管理および監督を行います。
- 個人情報の取扱いに関するお問い合わせ、開示・訂正・削除については、個人情報相談窓口(086-221-2212、土日・祝日・年末年始を除く、10:00~17:00)までご連絡ください。 ベネッセグループ共済会 事務局長(個人情報保護管理者)

事業所記入	確認日・確認印
-------	---------

事務局記入	承認	入力	審査	受付
-------	----	----	----	----

# 【共済制度】介護応援金 申請書

手書専用

必要事項を記入のうえ、右記の提出先にご提出ください。

提出先 GROP・E係

申請期限

記入例

申請について	● 下記<個人情報の取扱いについて>に同意のうえ、必要事項をご記入ください。							
給付について	● 原則、前月11日～当月10日までにGROP・E係に届いた申請書について、その月の月末に振込みます。 ● イーライクラブからの給付金は、給与口座に振込みます。会社からの給付がある場合の振込みについては、会社にご確認ください。							
会社名	ベネッセ●×サービス		申請日	20 25 年 12 月 15 日				
* 出向中の方：出向先会社名 ( )			会員番号	* 出向の方は、出向元の事業所の番号をご記入ください。 * 事業所番号は、Webページでご案内しています。				
部署名・施設名	営業部★★セクション		事業所番号	個人番号(社員番号・社員ID等の数字のみ) * 右ツメ				
戸籍氏名	セイ <small>キョウサイ</small> 姓 共済	メイ <small>ハナコ</small> 名 花子	9 9				1 2 3 4 0	
社内通称	岡山		電話番号	* 該当するほうにチェック回してください □ 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 個人 * 平日の日中に連絡可能なものに限ります ( 090 - 1234 - 5678 )				
振込案内	* 該当するほうにチェック回してください <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先	郵便番号	フリガナ オカヤマケンオカヤマシキタク□□チョウ1-2-3●×ビル3カイ					
送付先住所(国内のみ)	岡山県岡山市北区□□町1-2-3 ●×ビル3階							
勤務先に送付の場合の宛名	会社名	ベネッセ●×サービス		部署名・施設名	営業部★★セクション		送付先氏名	岡山花子

## ■ 要介護認定を受けている対象者について、ご記入ください。

会員との続柄	* 該当する続柄にチェック回してください	<input type="checkbox"/> 実父	<input checked="" type="checkbox"/> 実母	<input type="checkbox"/> 配偶者父	<input type="checkbox"/> 配偶者母	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 本人
対象者生年月日	西暦 1945 年 7 月 20 日			対象者氏名	フリガナ キョウサイ リンコ			
介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護3	共済 りん子				
* 該当するものにチェック回してください	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5	(要介護認定を受けている)					

※「要支援」は対象ではありません。

要介護認定を受けた対象者が亡くなった後で介護応援金を申請する場合は、死亡日を記入してください。

## ◆ 対象者が亡くなった場合のみ、下記をご記入ください。

対象者の死亡日	20 年 月 日	* 対象者が亡くなった後で申請する場合の申請期限は、死亡日から1年以内です。
---------	----------	----------------------------------------

添付書類	申請日時点で有効期間内の、対象者の介護認定保険者証のコピー (氏名、生年月日、要介護状態区分、認定の有効期間 が記載された面) ※ 対象者が亡くなった場合には、死亡日時点で有効期間内であった介護認定保険者証のコピー
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\* 給付は、要介護認定を受けている対象者のみです。  
\* 夫婦や親子、兄弟で会

休職中、または、退会予定のある会員は、下記もご記入ください。

添付書類が必要です。

* 該当する場合はチェック回してください	<input type="checkbox"/> 休職中
* 退会予定がある場合はご記入ください	
退会予定日	月 日 付退会

### <個人情報の取扱いについて>

- いただいた個人情報は、この申請書に基づき給付金の給付およびこれに付随する事務手続きおよび事業の維持・改善に必要な範囲でのみ利用します(ご本人の意思によりご提供いただけない部分がある場合、給付等に支障が生じることがあります)。
- いただいた個人情報は、上記の利用目的の範囲内で委託先に委託する場合および法令に基づいて提供する場合を除き、あらかじめご本人の同意を得ることなく第三者に開示または提供することはありません。また、利用目的遂行のため業務を委託する場合は、個人情報の取扱いに関する適正な管理および監督を行います。
- 個人情報の取扱いに関するお問合わせ、開示・訂正・削除については、個人情報相談窓口(086-221-2212、土日・祝日・年末年始を除く、10:00~17:00)までご連絡ください。 ベネッセグループ共済会 事務局長(個人情報保護管理者)

事務局記入	承認	入力	審査	受付