## エッコロプラス事由発生書兼請求書

地域生協名		<u>記</u>	<b>上</b> 入日	年	月	日		
デポー名・コモンズ名	組合員No.	利用者名(自署)		電話番号				
<u>代理申請の場合の申請者名</u> (	) <u>組</u> 台	<u>}員No.</u> (	) <u>電話番</u>	<del>号</del> (		)		
代理申請の理由(						)		
[利用条件] (当てはまる条件の ( ) に〇印をつけてください。)								
( )①妊娠中から小学校6年生までの子どもがいる加入者								
( )②18 歳以下の子どもがいる母(父)子家庭の加入者								
( ) ③障がい児、障がい者がいる家庭の加入者								
( ) ④要介護認定者が家族にいる(同居、別居とも可)の加入者								
( ) ⑤加入者が	)⑤加入者が 70 歳以上の高齢者(独居者は 65 歳以上)							

## [サポート内容申請]

※受付番号はサポーターが事前に記入してください。(受付番号はコーディネーターからサポーターにお伝えします。)

受付番号 日付	D.#	サポーター名	電話番号(登録)	サポート内容	サポート料	
	サルーダー名	組合員番号	サポート時間 (30 分単位)	ソハート科		
≪記入例≫			045 - 472-8111	託児・送迎・家事支援・ 庭の管理・その他	1200 H	
1234567	4/1	生活花子	9876543	10:00~ 11:30	1200 🗇	
				託児・送迎・家事支援・ 庭の管理・その他	円	
			: <b>~</b> :	' '		
				託児・送迎・家事支援・ 庭の管理・その他		
				: <b>~</b> :	円	
				託児・送迎・家事支援・ 庭の管理・その他		
				: <b>~</b> :	円	
				託児・送迎・家事支援・ 庭の管理・その他		
				: <b>~</b> :	円	
				託児・送迎・家事支援・ 庭の管理・その他	г	
				: <b>~</b> :	円	
※電話者	番号は生活	クラブに登録の番	号をご記入ください。	合計	円	

(注)サポート料は30分単位400円単位です。

- \* 原則として、事由発生日から60日以内に提出して下さい。
- \* 毎月の請求書の提出締日は毎月20日です。

問い合せ先:ユニオン共済事務局

フリーダイヤル 0120-311-543

(月~金 9:00~17:00)

事務局記入欄 ユニオン受付日 受付者