

生活クラブ共済ケアサービス利用報告書

申請日 20 年 月 日

ケアサービス利用を報告いたします。 記入者（組合員）

契約者	契約組合員名	フリガナ 印	組合員コード	
	住所	〒		
	電話番号		日中連絡可能な電話番号	

*①付帯ケアサービスを利用するハグくみ加入者名を記入してください。

加入者	利用者（*①）	フリガナ	契約者との続柄	加入者の生年月日(西暦)
	契約番号 (*事務局記入)		入院年月日	20 年 月 日
	申請理由	*□にレを入れてください。 □入・退院 □出産		

*生活クラブ共済ケアサービスの利用に関してご記入ください。

ケアサービス内容	ケア内容	<input type="checkbox"/> 生活支援	<input type="checkbox"/> 高齢者支援	<input type="checkbox"/> 子ども支援	
	福祉団体との打ち合わせ日：	20 年 月 日	エコロ共済	加入 未加入	
	ケア日	20 年 月 日 : ~ : 時間			
	ケア内容				
	福祉団体に支払った金額	_____ 円			

*生活クラブケアサービスは、上限 3,000 円までの連携する福祉団体の利用サービスを受けることができます。

*利用当日に記入し、福祉団体へお渡しください。

事務局記入欄

受付日 20 年 月 日	担当	備考
--------------	----	----