

給付要件の内容に該当し、ご注意の内容をご了承頂いた場合は、
『介護費用見舞金給付・事前報告書』の作成→提出 のお手続きをしてください。

大阪民間共済会行 FAX 06-6763-4444

介護費用見舞金給付・事前報告書

記入日 年 月 日

受付印

受付No.

給付金請求区分	<input type="checkbox"/> 介護費用見舞金	<input type="checkbox"/> 介護費用助成金
---------	----------------------------------	----------------------------------

※既に要介護の状態だった場合や、既往症がある場合は対象外

会員詳細	氏名	フリガナ	施設名	施設番号[]
	入会日 S・H・R	年 月 日		会員番号[]
	住所	〒	連絡先	TEL FAX
対象者	氏名		生年月日	
	会員との続柄		生計	1. 別居 2. 同居

申請に関する事項(口に✓してください) ※以下2項目に✓がない場合はご請求できません。

- 下記事前報告状態に起因する傷病の発病時期が共済会の入会日より以前の場合は、見舞金の給付されないことを承知しています。
 診断書にかかる費用は自己負担で、事前申告と医師の判断が相違する場合は、見舞金の給付を受けられないことを承知しています。

要介護の状況	見舞金・助成金の対象となる介護状況は、別紙案内文をご確認下さい。なお、要介護3以上がおおよその目安となります。									
	要介護の原因となった事故日 または要介護の診断時期									
	平成・令和	年	月	日	午前・午後	時	頃			
	要介護の原因となった事故発生場所									
	都道府県			市区郡			区町村			
要介護の状況・費用支出の程度										
45歳以上の方で、公的介護保険の認定を受けている場合、下記に記入して下さい。										
要介護認定日					要介護度					
初回	H・R	年	月	日	初回	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
現在	H・R	年	月	日	現在	支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

個人情報取扱内容を確認し、申請者及び必要書類に記載される方の同意の上提出ください。

- この事前報告書は給付申請に関する書類一式をお送りする際に利用し、共済会に5年間保管します。
- この事前報告書は保険事務代行の大阪府社会福祉協議会に提出します。

介護費用見舞金・介護費用助成金の給付請求について

(1) 給付金の種類と給付額（非同居の方でも請求できます。なお、同居が要する場合があります。）

この見舞金・助成金は、要介護対象者の年齢にかかわらず、その介護にあたる会員に給付するものです。

・介護対象者(2親等以内)：配偶者・祖父母・義祖父母・父母・義父母・兄弟姉妹・義兄弟姉妹・子・孫

介護費用見舞金 ……………一律5万円

◎会員資格取得後、親族(2親等以内)が新たに**要介護状態**になったとき給付される。

※共済会ご加入後、介護が必要となった原因の疾病・傷害が発生、あるいは診断があった場合

介護費用助成金 ………5万円限度内で実額

◎会員資格取得後、親族(2親等以内)が新たに**要介護状態**になり、その介護のために会員が実際に費用を負担したものに給付される。

※対象例…住宅改修費用(自宅階段の手すり設置・スロープ工事等)・介護用ベッド、車椅子等のレンタル料・介護専用商品購入費・介護施設利用料の自己負担金等

(2) 給付の要件

【要介護状態とは…】

傷害、疾病、精神障害により2週間以上にわたり常時介護を必要とする **A** 又は **B** の状態。

◇**要介護状態A** ……公的介護保険制度に基づく**要介護3以上程度**の認定を受けた状態。

・平成23年4月2日以後の要介護認定日であること。

・入会日以後に要介護の原因となる傷害や疾病があること。

◇**要介護状態B** ……次の(1)および(2)いずれにも該当する状態。

(1)下記の日常動作のうち、いずれかに該当する状態（口に✓が1つ以上はいる状態）

<input type="checkbox"/>	歩行	壁、手すり、いすの背または杖等につかまっても平らな床の上で両足をたったまま10秒間程度の立位の保持ができず、杖、義足、歩行器等を用いても5m程度の歩行ができない。
<input type="checkbox"/>	寝返り	ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまっても他人の介助なしでは寝返りができない。
<input type="checkbox"/>	立ち上がり	ベッド柵、手すり、壁、人の手等につかまってもいすやベッド、車いす等で膝がほぼ90度に屈曲して座っている状態から立ち上がることができない。
<input type="checkbox"/>	入浴	介護者に抱えられないと浴槽への出入りができない状態であり、かつ自分では全く洗身(※)ができない。(※)洗身…スポンジや手ぬぐい等に石鹸等をつけて全身を洗うことをいいます。
<input type="checkbox"/>	排泄 および食事	自分では排尿および排せつ後のいずれの後始末(注)も全くすることができない状態であり、かつ自分では食事を全く摂取することができない。 (注)排尿および排せつ後のいずれの後始末 身体のごれた部分を拭く行為およびトイレ内でよごれた部分を拭く行為をいいます。

(2)次の①、②いずれかの状態にあるため他人の介護が必要な状態。

①排泄または食事の際に下記に該当する状態(口に✓が1つ以上はいる状態)

<input type="checkbox"/>	排泄	自分では排尿および排せつ後のいずれの後始末(注)をすることができない。 ただし、自分で排尿および排せつ後の身体のごれたところを拭く行為ができる場合でも、介助者に紙を用意してもらわないとできない場合を含みます。 (注)排尿および排せつ後のいずれの後始末 身体のごれた部分を拭く行為およびトイレ内でよごれた部分を拭く行為をいいます。
<input type="checkbox"/>	食事	自分では食事を摂取することができない(注)。 (注)食事を摂取することができない 小さく切る、ほぐす、皮をむくおよび魚の骨をとる等の介助が必要な場合を含みます。

②下記の行為のうちいずれか2項目以上が継続的に認められる状態。(口に✓が2つ以上はいる状態)

<input type="checkbox"/>	(1) ひどい物忘れがある。
<input type="checkbox"/>	(2) まわりのことに関心を示さないことがある。
<input type="checkbox"/>	(3) 物を盗られたなどと被害的になることがある。
<input type="checkbox"/>	(4) 作話をし周囲に言いふらすことがある。
<input type="checkbox"/>	(5) 実際にないものが見えたり、聞こえることがある。
<input type="checkbox"/>	(6) 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることがある。
<input type="checkbox"/>	(7) 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある。
<input type="checkbox"/>	(8) 暴言や暴行のいずれかまたは両方が現れることがある。
<input type="checkbox"/>	(9) しつこく同じ話をしたり、口や物を使って周囲に不快な音を立てることがある。
<input type="checkbox"/>	(10) 周囲に迷惑となるような大声をだすことがある。
<input type="checkbox"/>	(11) 介護者の助言や介護に抵抗することがある。
<input type="checkbox"/>	(12) 目的もなく動き回ることがある。
<input type="checkbox"/>	(13) 自分がどこにいるかわからず「家に帰る」と言い落ち着きが無いことがある。
<input type="checkbox"/>	(14) 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることがある。
<input type="checkbox"/>	(15) 1人で外に出たがり目を離せないことがある。
<input type="checkbox"/>	(16) いろいろなものを集めたり、無断でもってくることがある。
<input type="checkbox"/>	(17) 火の始末や火元の管理ができないことがある。
<input type="checkbox"/>	(18) 物や衣類を壊したり、破いたりすることがある。
<input type="checkbox"/>	(19) 排せつ物を意図的に弄んだり、尿をまき散らすことがある。
<input type="checkbox"/>	(20) 食べられないものを口に入れることがある。
<input type="checkbox"/>	(21) 周囲が迷惑している性的行動がある。

【 給付金請求にあたってのご注意 】

- 介護が必要となった傷病の発病時期が共済会の入会日より以前の場合は、対象となりません。
- 給付を受けることができるのは、同一介護対象者につき1回限りとなります。
- 「要介護状態」の証明については、所定の様式による医師の診断書をご提出いただきます。
※なお、平成23年4月2日以降、新たに要介護3以上に認定された場合においては、公的介護保険の認定を証明する書類(介護保険被保険者証のコピー)を、医師の診断書に替えることができます。
- 親族が2親等以内であることの確認には、戸籍謄本(写)をご提出いただきます。(内容により、住民票(本人及び家族分)もご提出頂く場合があります。)
- 給付申請書には施設長印(施設長または理事長の承認)が必要です。
- ご請求内容の確認結果、万が一、不支給となった場合でも、書類取得にかかる費用は、自己負担となります。
- 会員が請求後、死亡した場合、引き続きその遺族が請求することができます。

【 手順 】

「介護費用見舞金給付・事前報告書」をご提出頂きます。ご提出後、事務代行である大阪府社会福祉協議会から給付申請に関する書類一式をお送りします。大阪府社会福祉協議会のご案内に従ってください。(ご不明点は大阪府社会福祉協議会・保険事業グループにお問い合わせください。Tel06-6766-7377)

上記の内容に該当し、ご注意の内容をご了承頂いた場合は、『介護費用見舞金給付・事前報告書』の作成→提出のお手続きをしてください。

(3) 給付金請求の手順

① 事前報告書の作成→提出

『介護費用見舞金給付・事前報告書』
を作成、**共済会事務局**へFAX・
e-mail・郵送・窓口にて受付

要介護の状況・発生時期、対象者との続柄、
請求する給付金種類などを記入
※共済会加入後、介護がはじまった親族に限ります。

給付申請に関する必要な書類一式を事務代行の**大阪府社会福祉協議会**からご郵送致します。必要書類をご準備の上、給付金申請書を作成してください。(ご不明点は大阪府社会福祉協議会・保険事業グループにお問合ください。TEL 06-6766-7377)

介護費用見舞金 介護費用助成金 (必要書類)

- 介護費用見舞金給付申請書
- 住民票・戸籍謄本(写)
- 要介護状態を証明する所定の様式による医師の診断書または公的要介護3以上を証明する書類
- 医師等へ治療内容確認の同意書
- 会員が支出した費用の証明書(領収書・請求書等)

② 各書類の提出(郵送)

給付金申請書・必要添付書類を
大阪府社会福祉協議会へ返送

※所属する施設長の承認印が必要です。
※診断書取得の費用は、給付対象外です。
(自己負担となります)

保険会社による審査。 ※この時点で給付決定しますので審査の結果不支給となる場合もございます。

③ 書類受付

大阪民間共済会 事務局で受付

④ 給付金の給付(振込)

所属する施設長宛に通知、給付金を指定口座への振込

【給付の対象にならない場合について】

下記の場合は、介護費用見舞金、介護費用助成金は支給されませんのでご注意ください。

- (1) 先天性異常
- (2) 頸部症候群(いわゆる「むちうち症」)または腰痛で、他覚症状のないもの
- (3) 会員またはその法定代理人の故意
- (4) 給付対象者の犯罪行為など

※平成16年4月1日現在、条件を満たす要介護状態である場合は、介護費用見舞金給付の必要書類が異なりますので、事務代行である大阪府社会福祉協議会のご案内に従ってください。

個人情報の取扱いについて

本給付金請求に関する個人情報は、本会が給付金支払の審査および給付の履行のために利用するほか、本会が本給付金以外の給付・サービスのご案内・ご提供や給付の審査および給付の履行のために利用したり、提携先・委託先等が行うご案内のために利用することがあります。

- ① 給付金の給付(損害調査、査定、給付金支払の可否等)・各種サービスの提供等のために、給付金支払事由についての関係者(医療機関、損害保険会社・共済、給付事由対象者、サービス事業者等)、業務委託先(保険代理店を含む)、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。
- ② 本会は、取得した個人情報を本会の給付金の給付・サービスのご提供のために必要な範囲で利用します。その他の目的で利用することはありません。

詳細につきましては、下記までお問い合わせください。

大阪民間社会福祉事業従事者共済会 事務局 TEL 06-6761-4444 FAX 06-6763-4444