

共同購入活動保障①②

※該当する番号に○を付けてください。

①注文書記入にサポートが必要な人に、注文用紙（OCR用紙）の記入代行
注文用紙（OCR用紙）提出1回分記入につき300円（単年度24回限度）

②急病・緊急時などの消費材保管・配達
生協からの1回の配達分につき300円（単年度5回限度）

申請者（依頼する人）

支部	班コード	組合員コード	氏名	TEL
事由発生状況				

ケア者 (ケア金受取者)	支部	組合員コード	
	氏名	TEL	
ケア日	年 月 日	ケア金合計額	円
ケア日	年 月 日		
ケア日	年 月 日		
ケア日	年 月 日		
ケア日	年 月 日		

上記内容を証明します。 署名 _____ 印
※申請者・ケア者以外の組合員、または
配達担当者に署名をお願いします。

- ・ ケア者がエッコロ会員の場合に、ケア金を支払います。
- ・ ケア者がエッコロ会員外の場合は、給付の対象外（無償もしくは本人負担）です。

※ケア者保険を適用します（条件：コーディネーターへ事前に電話連絡必要）

* 提出は、毎月10日へ → 給付金は、翌月の集金引落し時、共同購入代金と相殺で支払われます。
(給付額は、個人引落とし通知書の「エッコロ共済給付」欄に記載します。また、詳細は同時に配付している給付のお知らせで確認下さい。)

事務局記入欄

受付日	年 月 日	担当者