

ホームヘルプ補助支給要件確認のための状況証明書（傷病の場合）

本制度は、早稲田大学教職員またはその配偶者が自らの傷病のため、家事、育児、および介護に支障をきたし、ホームヘルパーを利用した場合、雇用主である早稲田大学がホームヘルパー賃金の70%（1日最大7,000円まで、年間60日まで）を補助する制度です。本証明書は、本制度の支給要件への該当性を確認し、補助を適正かつ公正に執行することを目的として提出をお願いするものです。

I 受診者記入欄

- 氏名： _____
- 住所： _____
- 生年月日： _____年 _____月 _____日

II 主治医記入欄

1. 診断内容

- 診断名または症状： _____
- 発症日または受傷日： _____
- 初診日： _____年 _____月 _____日
- 現在の治療状況：
☐ 継続的な通院（頻度：月 _____ 回程度） ☐ 投薬 ☐ リハビリテーション
☐ その他（ _____ ）

2. 日常生活動作（家事・育児・介護）の制限状況

※本制度は「傷病等により、家事、育児、介護に支障がある場合」が対象となります。現在の状態にチェックをお願いします。

- 炊事・洗濯・掃除等の家事全般：
☐ 概ね可能 ☐ 困難（理由： _____ ） ☐ 不可能
- 育児（乳幼児の抱っこ・入浴補助等）：
☐ 概ね可能 ☐ 困難（理由： _____ ） ☐ 不可能
- 外出（買い物・通院等）：
☐ 概ね可能 ☐ 介助があれば可能 ☐ 不可能
- 就労（デスクワーク等）への影響：
☐ 支障なし ☐ 軽作業なら可能 ☐ 就労不可

3. 治癒の見込み

上記の制限が継続すると予想される期間：

- ☐ 西暦 _____年 _____月 _____日 まで
☐ 現時点では不明

※本証明書の有効期限は3ヶ月までとなります。3ヶ月を超えて継続する場合は再診断・再提出が必要です。

_____年 _____月 _____日

医療機関名：

所在地：

主治医ご署名：

印