令和　　年　　月　　日

会員傷病・餞別金該当者報告兼請求

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施 設 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発信者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　この度、上記該当者が発生しましたので、報告・請求いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 会員の施設名 | 　　　　　　　 |
| 傷病 | 対象者氏名 |  |
| 入院期間 | 　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 入院先・病名 |  |
| 餞別 | 対象者氏名 |  |
| 施設長就任期間 | 　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日　 |
| 施設長在任期間 | 　　　　　年　　ヵ月 |
| その他 |  |
|  |  |

　　　　請求合計額　　　　件×10,000円＝

受取者施設名　　　　　　　　　　　　　　　　受取者名　　　　　　　　　　　印

　令和　　　年　　　月　　　日