令和　　年　　月　　日

会員傷病該当者報告兼請求

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |
| 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

一般社団法人神戸市老人福祉施設連盟　慶弔規程

（弔意等）

第３条　会員が死亡した場合は、３万円の範囲で花輪、香典を贈り弔意を表する。職員が死亡した場合は２万円の香典を贈る。

２　会員が傷病で１ヵ月以上の入院、加療した場合は、１万円の範囲で見舞金を贈り慰意を表する。