

一般社団法人 神戸市老人福祉施設連盟 慶弔規程

令和21年4月1日
改正令和6年4月1日

(目的)

第1条 この規程は、一般社団法人神戸市老人福祉施設連盟（以下「老施連」という。）定款第46条及び老施連運営規程第11条に基づき、会員及び施設職員（以下「会員等」という。）に、次に掲げる慶弔があった場合は、当該基準により慶弔意を表するものとする。

(慶祝意)

第2条 会員等が勲章された場合は、慶金として3万円を贈り、祝意を表する。

- 2 会員等が藍綬褒章を受賞した場合は、慶金として2万円を贈り、祝意を表する。
- 3 会員等が厚生労働大臣の表彰を受賞した場合は、慶金として1万円を贈り、祝意を表する。
- 4 会員等が近畿老人福祉施設研究協議会又は全国老人福祉施設大会・研究会議における受賞した場合は、3千円を贈り、祝意を表する。
- 5 会員等が介護福祉士及び社会福祉士試験合格又は神戸市高齢者介護士認定試験合格した場合は、3千円を贈り、祝意を表する。
- 6 会員が2年以上施設長（市立施設を除く）を歴任し退職された場合に、餞別1万円を贈り、在任中の功労を表する。ただし、同一法人内の異動は、通算とみなす。

(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と3万円の香典を贈るとともに弔電を打電し弔意を表する。なお、施設職員が死亡した場合は、2万円の香典を贈り弔意を表する。

- 2 会員の実父母及び同居の義父母、子の死亡の場合は、5千円の香典を贈るとともに弔電を打電し弔意を表する。
- 3 会員が傷病で1か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。

(請求)

第4条 この規程により該当事項が発生した場合は、各施設において別紙様式による報告・請求等により老施連事務局に請求を行うものとする。

(1) 訃報連絡

(2) 勲章・褒章・表彰該当者報告・請求

(3) 介護福祉士及び社会福祉士試験合格者又は神戸市高齢者介護士認定試験合格者祝金該当者報告・請求

ただし、登録及び認定が完了した時点からの請求とする。

(4) 会員の傷病・餞別金該当者報告・請求

(5) 関係する請求有効期限は、慶弔が発生してから1年とする。

(6) この規程の中で「施設職員」とあるのは、正規雇用の常勤職員（準職員、契約職員、パート等を除く）とするものとする。

(支給)

第5条 老施連事務局は、施設から請求があった場合、支給事由を確認後、速やかに慶弔金を、原則手渡しで支給する。

(その他)

第6条 理事長は、この規程にかかわらず、特に必要と認める場合は、別に慶弔意を表することができる。

附 則

この規定は、平成21年4月1日より施行する。

この規定は、平成23年4月1日より一部改正する。

この規程は、令和6年4月1日より一部改正する。

令和 年 月 日 時

訃 報 連 絡

施設名 _____
施設長名 _____
発信者名 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____

訃報連絡を拝受しました。謹んでご報告させていただきます。

会員・職員の施設名	
会員・職員の氏名（役職）	
お亡くなりになられた方	
続 柄	
お通夜の日時	
お通夜の会場	
電話番号・FAX番号	
住所・道順	
葬儀の日時	
葬儀の場所	
喪 主（読み方）	
その他	
お問合せ先	

老施連決裁

香典金額 _____ 電報打電 _____

受取者施設名 _____ 受取者名 _____ 印
令和 年 月 日

令和 年 月 日

勲章・褒章・表彰該当者報告・請求

(勲章、藍綬褒章、厚生労働大臣、全国老施協、近老協)

施設名 _____
施設長名 _____
発信者名 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____

この度、標記該当者がいますので、報告・請求いたします。

受賞者施設名	
受賞者職員氏名（役職）	
表彰等の贈呈機関名	
表彰等の名称	
表彰等の理由	
表彰等授与日時	
表彰等授与場所	
その他	

老施連決裁印

慶祝金額 _____

受取者施設名 _____ 受取者名 _____ 印
令和 年 月 日

令和 年 月 日

介護福祉士及び社会福祉士試験合格者又は神戸市高齢者介護士認定試験合格者祝金該当者報告・請求

施設名 _____
施設長名 _____
発信者名 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____

この度、標記該当者がいますので、報告・請求いたします。

種類	職種	氏名	登録番号

* 専門学校卒業で資格取得者は除く。

* 報告・申請は、登録番号確定後とします。

請求合計金額 ____名分×3,000円＝ _____円

受取者施設名 _____ 受取者名 _____ 印
令和 年 月 日

令和 年 月 日

会員傷病・餞別金該当者報告・請求

施設名 _____
施設長名 _____
発信者名 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____

この度、上記該当者がいますので、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 カ月
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