公益社団法人新潟県看護協会弔慰金贈与内規

１　本会の会員が災害を受けたとき及び疾病並びに死亡に際して見舞金を贈与するものとし、その取扱はこの内規による。

２　罹災見舞金は、会員が主とする居住地で火災、風水害震災等によって損害を受けたとき、次によって贈与する。

(1)　火　災

ア　全焼	30,000 円
イ　半焼	20,000 円
ウ　消防による冠水	20,000 円

(2)　風水害

ア　家屋倒壊	30,000 円
イ　同　半壊	20,000 円
ウ　床上浸水	20,000 円

(3)　震　災

ア　家屋倒壊	30,000 円
イ　同　半壊	20,000 円
ウ　床上浸水	20,000 円

３　疾病見舞金は、疾病のため入院期間が３か月を越えた場合、5,000 円を贈る。

２　疾病見舞金を申請する場合は、入院療養及びその期間を証明する書面を添付するものとする。

（証明は、必ずしも医師による診断書である必要はない。）

４　会員が死亡した場合は、30,000 円を贈る。更に 5,000 円の供花代を添えることができる。

５　この内規の適用は、当該する事項が発生した後、１年以内に申請があったものとし、１年を経過した後は適用しない。

６　該当する事項が発生した場合は、本人又は相続人からの申請にもとづき、支部長、施設の会員代表者等が別に定める見舞金申請報告書をもって申請する。

７　見舞金は見舞金申請報告者を経由して贈与する。

ただし、申請者から申し出がある場合は直接贈与することができる。

８　災害が広範囲もしくは疾病が集団的に生じて申請が多数となる場合は、会長は理事会の承認を得て、２、３、４の額を減じることができる。

９　この内規により難い事情があるときは、会長は理事会の承認を得て、別途の取扱をすることができる。

10　この内規の改廃は、理事会の議を経て決定する。

制定	昭和 54 年７月 30 日	
改正	昭和 61 年４月１日	平成２年 12 月１日
	平成５年 12 月 18 日	平成７年６月 24 日
	平成 19 年７月 23 日	平成 20 年８月１日
	平成 22 年２月 22 日	平成 24 年７月 21 日
	平成 25 年３月 16 日	令和６年３月 23 日

令和　　年　　月　　日

公益社団法人新潟県看護協会長　様

申請者住所（自宅）〒　　－

氏　　名　　印

TEL（　　）　　―

見舞金の申請について

公益社団法人新潟県看護協会弔慰金贈与内規にもとづき、下記のとおり見舞金の支給を申請します。

記

支　部　名	支　部	所属施設名	
会員氏名		日本看護協会会員No.	

1　疾　病 （3か月以上の療養）	①　病　　名
	②　疾病期間　令和　年　月　日～令和　年　月　日
2　災　害	①　災害発生年月日　　令和　年　月　日
	②　場　　所
	③　災害程度
3　死　亡	①　病　　名
	②　死亡年月日　　令和　年　月　日

※　申請に際しては、振込金融機関口座通知書のほか、以下の添付書類が必要です。

1　疾病　　入院療養及びその期間を証する書面（医師の診断書以外でもよい）

2　災害　　災害程度が全壊または半壊の場合は罹災証明書
（市町村役場又は消防署が発行するもの。コピーで可）

3　死亡　　死亡を証する書面

※　申請者氏名が会員氏名と同一の場合は、記欄の会員氏名は記載を省略して差し支えありません。

また、個人会員は、所属施設名を記載する必要はありません。

振込金融機関口座通知書

<table>
<tr><td colspan="3">（ふりがな）
氏　　名　　所属施設名</td></tr>
<tr><td colspan="3">（〒　　―　　）　　TEL（　　）　　―
住　　所</td></tr>
<tr><td rowspan="4">振 込 先</td><td>金融機関の名称</td><td>①　　銀行　　本店
信用組合
信用金庫　　支店
労働金庫
②　　郵便局
③　ＪＡ　　店　　店舗名</td></tr>
<tr><td>預 金の種類</td><td>普通預金　・　当座預金</td></tr>
<tr><td rowspan="2">預金口座番号</td><td>①　　（左づめ）</td></tr>
<tr><td>②　記号　　番号</td></tr>
</table>

注）・　該当する番号または事項を〇で囲み、名称を記載して下さい。
　　・　必ず本人名義の預金口座を、正確にご記入下さい。
　　・　氏名欄に必ずふりがなの記載をお願いします。

令和　　年　　月　　日

公益社団法人新潟県看護協会長　様

申請者住所（自宅）〒　　－

氏　　名　　印

TEL（　　）　　―

別　紙

被　害　状　況　調　査　表

令和　　年　　月　　日

公益社団法人新潟県看護協会長　様

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

罹災者氏名		
現　住　所		
勤　務　先		
罹災年月日	令和　　年　　月　　日	
被害程度	家　　屋	全焼　　全壊　　半焼　　半壊　　傾斜
	床上浸水	センチメートル
	そ の 他	

備　　考