

会員の皆さまへ

被害にあわれた方々に謹んでお見舞い申し上げます。

当協会は、災害救助法の適用地域に居住または勤務している会員に対して、下記、支給要件に該当する方に「災害見舞金」の支給をいたします。

該当する方は、この申請用紙で期日までに手続きをお願いいたします。

☐2024 年 1 月 1 日現在、（公社）日本医療ソーシャルワーカー協会の会員である。

☐令和 6 年能登半島地震にかかる災害救助法適用地域に居住または勤務している。

☐（公社）日本医療ソーシャルワーカー協会会費未納がない。

（申請方法）

* 下記に会員本人の指定口座番号を記入し、（公社）日本医療ソーシャルワーカー協会事務局宛に郵送してください。

〒162-0065 東京都新宿区住吉町 8-20 四谷ヂンゴビル 2 階

電話：03-5366-1057

* 申請締め切り 2024 年 12 月 31 日

* 見 舞 金 額 11,000 円

年 月 日

公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会 宛

災害見舞金 支給申請書

会員番号
氏 名
住 所

支給要件にすべて該当しますので、災害見舞金を申請いたします。

災害時住所（勤務地）			
受取人口座	振込先		
	銀 行		支 店
	信用金庫		出張所
	口座番号		
口座名義人 （会員本人）	フリガナ		