

熱中症見舞金請求に係るシルバー人材センター認定書

株式会社全福サービス 御中
 (制度の運営事務委託先)

センター名 _____

代表者氏名 _____ 印

担当者名 _____

正会員氏名 _____

現住所 _____

平成 年 月 日に発生した見舞金請求書(別表3-1, 3-2, 3-3及び3-4)に記載の熱中症は、上記の正会員が、次表の1から4に掲げる間に生じたものであることを認定します(次表の該当する番号に、○印を付してください)。

1	センターの提供した就業中
2	センターの指定する場所と本件会員の住居との間の通常の経路の往復中
3	センター主催・指定の講習会や運営会議等に出席中(住居との間の往復中含む)
4	センター主催のボランティア活動に参加中(住居との間の往復中含む)

また、本見舞金請求は、熱中症見舞金規約第5条及び別表2-1に定める入院日数等の区分に基づくものであることを認定します(次表の該当する番号に、○印を付してください)。

1	2泊3日以上入院
2	1泊2日入院
3	通院加療(日帰り入院を含む)