

年 月 日

消防団員等福祉共済入院見舞金請求に係る新型コロナウイルス感染症専用状況報告書

下記の記載事項は事実と相違ありません。

消防団員等福祉共済加入者（受取人）氏名 _____ 印

＜ご記入上の注意事項＞

- 必ず消防団員等福祉共済加入者が直筆でご記入ください。
- 本書類に保健所等が発行した証明書類を添付してください。
- 療養期間の開始日は、陽性判明日またはそれ以降の日で、かつ医師や保健所等の公的機関により療養開始を指示された日をご記入ください。
- 療養期間が7日未満の場合は支給対象外となりますのでご注意ください。
- 以下の記載内容と異なる事実が判明した場合には、給付金をお支払いできないこともございますのでご注意ください。

加入団体名		フリガナ	
		加入者氏名	
傷病名	新型コロナウイルス感染症		
発症日	年 月 日		
発症から陽性判明、療養に至る経過及び症状などをご記入ください。			
療養の状況について、以下の該当する項目をご記入ください。			
療養の場合	自宅での療養		
	療養期間	年 月 日 ～ 年 月 日（療養日数 日）	
	臨時施設（指定されたホテルなど）での療養		
	療養期間	年 月 日 ～ 年 月 日（療養日数 日）	

上記について、事実と相違ないことを証明いたします。

市区町村長 ・ 消防長 ・ 消防団長

（氏名）

（公印）