

広島県医師会 平成30年7月豪雨災害 特別見舞金の創設について

平成30年7月豪雨災害により、被災された県民の皆さまや会員の先生方に対し、あらためてお見舞い申し上げますとともに地域医療の早期復興に向け、ご協力いただいておりますこと深く感謝申し上げます。

平成30年7月豪雨災害における本県の被害に対しまして、日本医師会、都道府県医師会、県内外市郡地区医師会、さらにはエーザイ・ジャパン株式会社から地域医療の早期復興にあたり、本会へ支援金として総額133,003,146円(平成30年11月13日現在)の寄付をいただきました。

本会では、この支援金の全部又は一部を原資とする「平成30年7月豪雨災害特別見舞金制度」を創設し、可能な限り公平かつ合理的に配分するため、市町から罹災証明書の交付を受けた医療機関(自宅を含む)等を対象とし、その被害状況に応じた配分を検討させていただきたいと存じます。

つきましては、会員の先生方におかれましては、罹災証明書(写)を添付の上、「平成30年7月豪雨災害特別見舞金申請書」を平成31年1月25日(金)必着とし、本会総務課宛にご提出いただきますようお願い申し上げます。

なお、特別見舞金額は申請状況確定後、別途、平成31年2月5日(火)本会の理事会にて最終的に決定する予定です。

また、特別見舞金に関する税法上の取扱いについては、現在顧問税理士に確認中です。

さらに、本制度とは別に本会では、すでにご承知のとおり「災害見舞金制度」を設けております。これは会員が広島県内において、火災、風水害、地震、落雷等不慮の自然災害により自宅又は会員の医療機関が被害を受けた場合、一律5万円を支給するという内容ですが、すでに災害見舞金の申請はご提出いただいたところですが、引き続き随時受け付けておりますので申し添えます。

送付先およびお問い合わせ
広島県医師会総務課 山田・矢矧
〒732-0057 広島市東区二葉の里3-2-3
TEL: 082-568-1511 FAX: 082-568-2112

「平成30年7月豪雨災害特別見舞金制度」の創設について

1. 趣旨・目的

平成30年7月豪雨災害により、被災された広域かつ多数の会員医療機関及び被災した会員支援に対する復興支援の一助とするため、「平成30年7月豪雨災害特別見舞金（以下「特別見舞金」という）」を創設する。

なお、特別見舞金は日本医師会、都道府県医師会、県内外市郡地区医師会、エーザイ・ジャパン株式会社から広島県医師会へ、会員医療機関等の復興支援のため寄せられた支援金（総額133,003,146円・平成30年11月13日現在）の全部又は一部を原資とする。

2. 特別見舞金の支給対象

平成30年7月豪雨災害により、被災された会員医療機関（自宅を含む）等で、市町長から交付された「罹災証明書※」（写しも可）を添付して、所定の申請期限までに市郡地区医師会を経由して、広島県医師会へ「平成30年7月豪雨災害特別見舞金申請書」（様式1）を提出した会員。

3. 特別見舞金の額

特別見舞金の額は、日本医師会、都道府県医師会等から寄せられた支援金総額を原資とし、市町長から交付された「罹災証明書（住居全壊・住居半壊・一部損壊・床上浸水・床下浸水）」の被災程度により、広島県医師会会長が火曜日の理事会の承認を得て定める。

4. 申請手続

「罹災証明書」（写しも可）を添付し、所属する市郡地区医師会を通じて広島県医師会へ申請する。なお、既に「災害見舞金（5万円）」を申請した会員についても、あらためて「特別見舞金」の申請が必要であること。

また、支給方法は、理事会の承認後、本会から直接、被災会員の指定口座へ入金する。

5. 申請期限

平成31年1月25日（金）必着。

6. 提出先

郵送にて受付

広島県医師会総務課

〒732-0057 広島市東区二葉の里3-2-3

〔参考〕※罹災証明書…内閣府防災情報のページより抜粋

市町村長は、当該市町村の地域に係る災害が発生した場合において、当該災害の被災者から申請があったときは、遅滞なく、住家（医療機関）の被害その他当該市町村長が定める種類の被害の状況を調査し、罹災証明書（災害による被害の程度を証明する書面）を交付しなければならない。

（災害対策基本法第90条の2）罹災証明書は、各種被災者支援策の適用の判断材料として幅広く活用されている。

(様式1)

平成30年7月豪雨災害特別見舞金 申請書

ここに罹災証明書を貼付して下さい

[振込口座]

フリガナ

口座名 ()

銀行名 () 金融機関コード ()

支店名 () 店番号 ()

種 目 (1. 普通 2. 当座)

口座番号 ()

一般社団法人広島県医師会 会長 平松 恵一 様

上記のとおり、罹災証明書を添えて申請します

平成 年 月 日

申請者(医療機関)住所

氏名



電話