

福祉医療傷病見舞金請求書

(平成 27 年度までに発生した災害用)

		第 号 平成 年 月 日	
一般財団法人岐阜県高等学校安全振興会理事長 様			
学校名			
校長名 印			
一般財団法人岐阜県高等学校安全振興会共済規程第 17 条第 1 号の定めにより下記のとおり福祉医療傷病見舞金を請求します。			
記			
生徒	課 程	・学 年 (年 組) ・卒業生 <small>* 年組は請求時で記載してください。 * 卒業生は○で囲んでください。</small>	氏 名
保 護 者 <small>(新規の場合のみ 記載してください)</small>	住 所		
	氏 名		
請 求 額	_____ 円 × 0.08 = _____ 円 <small>(スポーツ振興センター給付金請求額) (小数点以下四捨五入)</small>		
災害発生時の 年月日・学年	平成 年 月 日 (高 校 年) <small>* 特別支援学校にあっては高校の箇所を 高等部等へ書き換えてください</small>		
請 求 区 分	新 規 ・ 継 続 (新規又は継続を○で囲む) 継続の場合、センター給付決定日 (年 月 分 * 1) まで前回請求済み <small>* 上記 (年 月 分 * 1) はスポーツ振興センター児童生徒別給付一覧の給付決定日を記入</small>		

添付書類 (P19 参照)

- スポーツ振興センター「災害報告書」の写し
＜災害報告書は、2 回目以降 (継続) の請求の場合も添付すること＞
- スポーツ振興センター「児童生徒別給付一覧」の写し＜請求の該当部分を赤字で囲むこと＞
- 岐阜県教育委員会教育長宛「災害共済給付の調整」の写し、又はこれに代わるもの