

障がい共済金請求書

第 号
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19条第2号の定めにより下記のとおり障がい共済金を請求します。

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	住 所		
	氏 名		
請 求 額	スポーツ振興センター障害共済金支払通知書 _____ 月分 [医療費支払通知書の 右上の月を記載してください] 第 _____ 級 _____ 円 ・ _____ 円 (スポーツ振興センター支払額) (安全振興会請求額)		
災害発生時の 年月日・学年	年 月 日 (高校、小・中学： 年) (特別支援学校 幼・小・中・高 年)		

添付書類 (P16 参照)

- スポーツ振興センター「災害報告書」の写し
- スポーツ振興センター「障害報告書」(末月のもの1枚)の写し
- スポーツ振興センター「障害見舞金支払通知書」の写し

※個人情報の取り扱いについては、当法人の「個人情報保護に関する基本方針」及び「個人情報管理規程」に従うものとします。
※ご記入いただいた個人情報につきましては、共済契約の管理及び審査、共済金の支払及び当法人の事業のために使用され、それ以外には使用いたしません。