

(様式3)

平成 年 月 日

福井県PTA連合会安全会会長 様

PTA名 _____ 学 校 P T A
 幼稚園

会 長 名 _____ 印

所 在 地 _____ 郡 市 _____ 町

TEL (学校) _____ - _____ - _____

負傷・疾病 見舞金支払請求書
 後遺障害

下記被災者について平成 年 月 日付災害報告書のとおりであるので、関係書類を添え、
 負傷・疾病 見舞金の支払を請求します。
 後遺障害

記

ふりがな		所属PTA名	
被災者氏名			

見舞金振込先 (PTAまたは 学校の口座)	銀行・農協・信金		支店・支所	
	普通・当座	口座番号	代表者名 (口座名義)	

※金融機関に届けてある口座名義を正確にお書き下さい。

医師の証明書	受診者氏名		性別	男・女	年令	才
	傷病名					
	診療開始日	年 月 日	診療終了日	年 月 日 (治ゆ・転医)		
	実日数	通院	日	入院	日	
	後遺障害の 状					
		平成 年 月 日 上記のとおり証明します。				証明書料
	医療機関所在地 名称 医師名 (電話) _____ - _____					印

※決定	受付 審査 支払	平成 年 月 日	支払金額	通院	1,500円×	日=	円
		平成 年 月 日		入院	3,000円×	日=	円
		平成 年 月 日		後遺障害	%		円
決裁	会長		委員長				

※見舞金請求額が20,000円以下の場合、通院ごとの領収書(レシート)または診察券(コピー可、通院日を記入)を添付して下さい。(この場合医師証明は不要)