(様式3)

令和　　年　　月　　日

福井県ＰＴＡ連合会安全会会長　様

ＰＴＡ名　　　　　　　　　　　　　　　　　‘

会長名　　　　　　　　　　　　　　　　印

〒　　　－

所在地 　 　　　　　　　　　　　　　　‘

℡(学校)　　　　　－　　　－　　　　　　　‘

負傷･疾病

後遺障害

　　　　　　　　　　　　　　　見舞金支払請求書

下記被災者について、令和　　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 ・ 後遺障害　）見舞金の支払いを請求します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 所属ＰＴＡ |  |
| 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記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 令和　　年　　月　　日 | 診療終了日 | | | | 令和　　年　　月　　日  (　治癒　　転院　) | | |
| 実　日　数 | 通院　　　　　　日 | | | 入院　　　　　　日 | | | | |
| 後遺障害の状　　　況 |  | | | | | | | |
|  | | | | | 証明書料　　　　　　　　円 | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※決　定 | 受付 | 令和　　年　　月　　日 | | | | 支払  金額 | 通院 1,500円×　　日＝　　　　　円 |
| 審査 | 令和　　年　　月　　日 | | | | 入院 3,000円×　　日＝　　　　　円 |
| 支払 | 令和　　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)を添付してください。(この場合、医師証明は不要)