

(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 _____

TEL(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			
被災者氏名		所属PTA	

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)