

(旧) 第6号様式

福祉医療傷病共済金請求書

(平成27年度までに発生した災害用)

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1号の定めにより下記のとおり福祉医療傷病共済金を請求します。

記

生 徒	課 程	・学 年 (年 組) ・卒業生 * 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。	氏 名
保 護 者 等 新規の場合のみ 記載してください	住 所		
	氏 名		
請 求 額	$\underline{\hspace{2cm}} \times 0.08 = \underline{\hspace{2cm}}$ 円 (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)		
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)		
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 * 上記 (年 月 * 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		

添付書類 (P16 参照)

- 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枠で囲むこと>
- 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>
- 岐阜県教育委員会教育長宛「災害見舞給付の調整」の写し、又はこれに代わるもの

※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。