

# 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 * 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	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
- 保護者等から受け取った封筒(「災害共済金の口座振り込み依頼書」)、「災害共済金振込口座の通帳の表紙裏面(写し)が入ったもの」(令和7年度安全振興会「手引き」p38～参照)

※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。