

歯牙欠損見舞金支払請求書

一般財団法人神奈川県立高等学校安全振興会理事長 殿

会員(保護者等)氏名

住所

電 話 ()

一般財団法人神奈川県立高等学校安全振興会共済規程第10条の規定に基づき、次のとおり歯牙欠損見舞金の支払を申請します。

学 校 名	神奈川県立 高等学校・学校高等部 中等教育学校	課 程	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制
フリガナ	災害発生時 年 組		
生徒氏名			
フリガナ 支払指定 金融機関	銀行 信用金庫 農協 ()		本 店 支 店 出 張 所 ()
	店番号	普通・その他()	口座番号
	フリガナ		
	口座名義(保護者等)		

第
八
章

※ゆうちょ銀行もご利用いただけます。支店名は3桁漢数字です。
 ※個人情報の取扱については、当法人の「個人情報保護方針」及び「個人情報保護規程」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。
 ※令和4年度以降の災害が対象です。令和3年度以前の歯牙欠損は義歯見舞金の対象となります。

◎ 添付書類 (学校が用意)

1. 災害報告書 (「写」)
2. 歯牙欠損報告書 (「写」)
3. 独立行政法人日本スポーツ振興センター歯牙欠損見舞金支払通知書 (「写」) (又は児童生徒別給付一覧)

上記の通り相違ありません。

年 月 日

校 長 _____ [印]

担 当 者 _____

問合せ先
電話番号 _____ ()

※学年の電話等で担当者につながりやすい番号をご記入ください。