

東大阪市PTA協議会傷害見舞金給付申請書

東大阪市PTA協議会 会長様

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	学校園名 :	
	PTA会長 :	印
	校 園 長 :	印

傷害者	氏 名 :	生年月日 年 月 日 歳
	男性(父)・女性(母) (いずれかに○印を付けてください) 在籍の子ども:	年 組 (氏名)
	住 所 :	東大阪市

* 在籍の子ども欄は、幼稚園の場合は氏名のみ記入

傷害発生状況	日 時 :	令和 年 月 日 ()
	場 所 :	
	概 要 :	(事故の原因・状況等=PTA活動または学校園行事の内容を必ず記載してください)

以下の太枠内は医療機関で記入をご依頼ください

医療機関の証明	氏 名 :	
	傷病名 :	
	入 院 :	年 月 日 ~ (<input type="checkbox"/> 入院中 / <input type="checkbox"/> 年 月 日 退院)
	通 院 :	年 月 日 ~ 年 月 日
	通院日数 :	上記期間内で 日
	※通院日数は最低7日必要です。入院した場合、骨折・腱の断裂の症状は1日で申請可能です。	
	上記のとおり相違ありません	
医療機関名 (所在地)		
治療者(医師または柔道整復師)氏名 印		

決定		※備 考

備考欄は記入しないで下さい。