【様式第８号】

　　　　年　　　　月　　　　日

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

保護者等（会員）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 | [ ] 　全日制[ ] 　定時制[ ] 　通信制 |
| フリガナ |  | 災害発生時 |
| 生徒氏名 |  | 年　　　組 |
| 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） |  |

※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使用され、それ以外に使用いたしません。

※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

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。