

障害見舞金支払請求書

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(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、次のとおり障害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 checked="" type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	
フリガナ	電話 ()		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 組	
生徒氏名					
フリガナ	銀行 信用金庫 農協 ()		本 店 支 店 出張所 ()		
支払指定	店番号	普通・その他()	口座番号		
金融機関	フリガナ				
	口座名義(保護者)				

※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、口座番号は桁数にかかわらず末尾の1は不要です。

◎ 添付書類

1. 災害報告書(「写」)
2. 障害報告書(「写」)
3. 独立行政法人日本スポーツ振興センター障害見舞金支払通知書(「写」)

※支払指定金融機関を記入した場合には、一般財団法人神奈川県立高等学校安全振興会共済規程の運用について第11条関係に基づき送信します。高額(100万円以上)の障害見舞金を小切手にて校長の立会の下にお支払いを希望される場合は、支払指定金融期間の欄は空白にしてください。

※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。

上記の通り相違ありません。

平成 年 月 日

校 長



記載責任者

