

川崎市 P T A 連絡協議会 見舞金給付申請書

市 P 協受付日 平成 年 月 日

平成 年 月 日

川崎市 P T A 連絡協議会会長 様

申請者名 川崎市立

学校 P T A

会長名

公印

担当者名				担当者電話番号			
被災者	住所						
	氏名	年 齢	才	電 話			
	会員	児童生徒	指導員	その他 ()	性 別	男	女
事故災害内容	事故月日	平成 年 月 日	曜日	午前	午後	時	分
	事故場所						
	施設名						
		P T A 主催	P T A 共催	市 P 協主催	区 P 協主催	その他 ()	
	内容 (できるだけ詳細に)						
内容	内 容	傷害		死亡			
	病 名						
	病 院 名						
治療期間	入院	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日				
	通院	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日				
	ギプス使用期間	平成 年 月 日より	平成 年 月 日まで	日間	通院日数 日間		
	入院日数	日	治療 継続中				
	通院日数	日					
給付金振込先 (P T A 口座)	金庫・銀行・組合 ()	支店	口座名義 (正確に)				
	口座番号						
添付書類	日数証明書	開催証明	その他 ()				
<p>上記事故について見舞金給付並びに、受領に関する権限を P T A 会長 様に委任します。</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被災者氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

会長または事務取扱者が記入のこと。該当するに✓を記入すること

被災者または親権者が記入のこと

治療日数証明書

川崎市PTA連絡協議会

傷病者	住 所														
	フリガナ														
	氏 名														
	生年月日 大・昭・平 年 月 日 生まれ 才														
傷病名	部 位	頭部	頸部	上肢	種 類	切傷 打撲 捻挫					計				
		顔面	躯幹	下肢		脱臼 骨折									
		手	足	その他	その他										
初診日	平成 年 月 日				実通院治療日 (印をつけてください)										
入院治療	平成 年 月 日より				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計
	平成 年 月 日まで				11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	入院治療日数				21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	日間				月	31						日			
通院治療	平成 年 月 日より				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計
	平成 年 月 日まで				11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	通院治療日数				21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	内治療実日数				月	31						日			
治療内容					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計
					11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
					21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
					月	31						日			
レントゲン 検 査	有 ・ 無				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計
手 術	有 ・ 無				11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
					21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
					月	31						日			
ギブス 使用期間	平成 年 月 日より				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計
	平成 年 月 日まで				11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	内通院				21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	日間				月	31						日			
日数合計											日				
上記の通り証明する。											平成 年 月 日				
医師氏名															
所在地															
医院(病院)名															

(この証明書は川崎市医師会の協力により1,000円をお願いしています)