様式４－２　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　学校番号（　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　**治　療　見　舞　金　申　請　書（追加）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　愛知県公立高等学校ＰＴＡ連合会会長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校　長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記のとおり見舞金支給規程の定めにより、治療見舞金を申請いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記１　児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２　現在の学年　　　第（　　　　）学年・卒業生幼・小・中・高（特別支援学校は○で囲んでください）３　災害の発生年月日　　　平成・令和　　　年　　　月　　　日［ 災害発生時の学年　第（　　　　）学年 ］４　医療費総額 (治療月　　　　年　　　月)　　　　　　　　　追加分のみ記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| ①医療費・調剤の合計点数と金額 | 点×10円 = 円 |
| ②治療用装具・生血の金額 | 円 |  |
| ③食事療養費 | 円 |
| ④接骨院等医療費 | 円 |
| 合　計 | 円 |

５　保護者 振込口座（該当するものを○で囲み、支店名、口座名義には必ずフリガナを記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | (フリガナ)支 店 名 | 口座種類 | （フ リ ガ ナ）口座名義 |
| 口座番号 |
| 銀行・信用金庫・農協 | (　　 　)支店 | 普 通・当 座 | (　　　　　 　　) |
|  |  |  |  |  |  |  |

備　考独立行政法人日本スポーツ振興センターよりの「児童生徒別給付一覧」（支給済と追加分を含んだもの）(写)を添付してください。写しには校長の原本証明が必要です。**高Ｐ連事務局記入欄** |
| 既に支給済の医療費総額　  | 円 ⇒ （既支給額） 月 円（千円未満切捨て） |
| 今回追加の医療費総額 | 円 |
| 計 | 円 ⇒ （再計算後の支給額） 円（千円未満切捨て） |
| 差引支給額 | 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |