様式８（ＰＴＡ活動中の保護者・児童生徒の災害用）　　　　　　　　学校番号（　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ＰＴＡ活動中の保護者・児童生徒の災害に関わる**　　　　　　　　　　 **治　療　見　舞　金　申　請　書**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　保護者・児童生徒（どちらかを○囲んでください）　　 住　所　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第（　　　　）学年幼・小・中・高（特別支援学校は〇で囲んでください）２　災害の発生年月日　　　令和　　　年　　　月　　　日３　災害の発生状況等(具体的に記入)４　入院日数　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日から　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日まで　 （　　　 　　）日間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(1) 入院日数を証明する書類を添付してください。写しの場合は校長の原本証明が必要です。(2) ＰＴＡ活動中を証明する書類を添付してください。 |