

A3版にコピーをしてご使用ください。

様式8

※受付番号

平成 年 月 日

香料見舞金申請書

一般社団法人茨城県PTA安全互助会理事長様

下記の事故について、事実と相違ないことを確認したので、見舞金給付規程により香料見舞金を申請します。

立 園・学校PTA会長(代表)

〒

所在地

電話番号 () FAX ()

事務担当者名

物故者住所	郡市	町村			
フリガナ物故者氏名			男・女	年齢	歳
電話	()				
加入種別	1. 保護者(父・母)・教職員 2. 児童・生徒等 3. 父・母以外の保護者()				
事業種別(註)	1. PTA主催事業 2. PTA共催事業(共催団体名)				
死亡月日	平成 年 月 日	葬式月日	平成 年 月 日		

(注)「事業種別」はPTA主催もしくは共催事業の時に死亡した場合のみ記入

証明書

上記記載内容に相違ないことを証明します。

PTA会長(代表)	所属学校長(園長)
氏名(自署) 公印	氏名(自署) 公印
平成 年 月 日	平成 年 月 日

- (1) 会葬礼状または忌中案内を添付する(ない場合は事務局にお問い合わせください。)
- (2) 香料見舞金振込口座の金融機関は、単位PTA名義のものとする。
- (3) 申請期間は、原則として90日以内とする。
- (4) 申請書受領後、指定された口座に振り込みますので、ご確認ください。

様式9

平成 年 月 日

香料見舞金振込依頼書

一般社団法人茨城県PTA安全互助会理事長様

見舞金給付規程に基づき、香料見舞金の給付を依頼します。

なお、見舞金につきましては、次の「見舞金振込口座」(PTA名義の口座)への振込をもって受領したことを認めます。

立 園・学校PTA会長(代表)

公印

事務担当者名

(PTA名義の口座とする。)

金融機関	銀行等	銀行 信用金庫 信用組合	農協 労金
		支店 (支所) 普通 総合 当座	口座番号
		フリガナ	
	口座名義		
郵便局	記号	番号	
	おなまえ		
	おところ		

【個人情報の取扱いについて】本会が取得した個人情報は、共済制度の適用を判断するために、審査および医療機関等関係者への問い合わせ、共済金の支払に利用する以外には、業務の適切な運営の確保等に必要と認められる最小範囲の利用に限定します。

一般社団法人茨城県PTA安全互助会事務局記入欄

左記のとおり給付を決定する。

平成 年 月 日

種別	金額
香料見舞金(一律1万円)	円

理事長	事務局長
支払日	
平成 年 月 日	