

A 3版にコピーをしてご使用ください。

様式 5

※受付番号

年 月 日

眼鏡見舞金申請書

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証明し、見舞金給付規程により眼鏡見舞金を申請します。

学校名 _____ 立 _____ 園・学校 _____

PTA会長(代表) _____ 公印

学校長(園長) _____ 公印

所在地 〒 _____

電話番号 (_____) FAX (_____)

事務担当者名 _____

被災者住所	郡市	町村			
フリガナ被災者氏名	男・女	年齢	歳		
電話	(_____)				
加入種別	1. PTA会員(保護者・教職員) 2. 児童・生徒等 3. 指導者 4. その他(_____)				
事業種別	1. PTA主催事業 2. PTA共催事業(共催団体名 _____)				
被災日時	年	月	日	曜日(午前・午後	時 分頃)
被災場所					
事業名称					
損壊原因と状況					

※ 申請期間は、事故発生日より **90日以内**とする。

様式 6

年 月 日

眼鏡見舞金振込依頼書

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、眼鏡見舞金の給付を依頼します。
 なお、眼鏡見舞金につきましては、次の「見舞金振込口座」【被災者本人(原則)の個人名義】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 _____

※氏名欄の@は三文判で結構です。

請求者	住所	〒 _____		郡・市		
	フリガナ氏名			連絡先	電話 (_____)	自宅 勤務先
	銀行等	金融機関	銀行	信用金庫	信用組合	
			農協	労働金庫		
	郵便局	金融機関	支店(支所)	普通総合当座	口座番号	
			口座名義	フリガナ氏名		
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。
 年 月 日

種別	金額
眼鏡見舞金(上限2万円)	円

理事長	事務局長
支払日	年 月 日