

受付番号		決裁			
傷害治療見舞金請求書					
請求金額	一金 円也		給付基準		
被災者 氏名	児童・職員の別	児童・職員	男・女		
			年	月	日生
災害発生日時	年 月 日 ()		時	分	
災害発生場所	具体的に				
災害発生の状況					
傷害名					
病院名					
診察開始年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院治療(日間)			
診察終了年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 通園・勤務可			
送金希望 金融機関名	銀行名 - 支店名		番号		
	(フリガナ)				
	普通・当座		名義人		
上記のとおり相違ないので秋田県保育協議会災害互助規定にもとづき見舞金を請求します					
年 月 日					
住所 施設名 施設長					
印					
秋田県保育協議会会長 殿					