

令和 年 月 日

保護者 様

志木市立 学校
校 長

日本スポーツ振興センター災害共済給付金の振込先調査について

お子様が学校管理下で負傷し受診されましたので、日本スポーツ振興センターに申請手続きをいたします。

子ども医療費助成制度等は利用せず、一旦、保護者の方が窓口で医療費をご負担願います。

別紙の申請に必要な書類（月ごと）を病院等で記入していただき、「医療機関・調剤薬局により発行された領収書（原本）」と添付して学校に出してください。なお、医療費の保険診察分（自己負担額）が、1, 500円未満の場合は、対象外となりますのでご了承ください。医療機関によっては、文書料が発生する場合がありますので、窓口でご確認ください。

また、給付金は保護者名義の口座への振り込みにより支給されますので、下記の調査用紙にご記入の上、学校までご提出ください。なお、振り込みまで3か月程度かかりますが、ご理解ご了承くださいようお願い申し上げます。

----- キ リ ト リ -----

日本スポーツ振興センター災害救済給付金振込先の調査書

保護者住所 _____
保護者氏名 _____
生徒名 _____

1	学校名	学年・組						
	志木市立 中学校	年 組						
2	指定金融機関名 ・支店名 ・店番号 (保護者の口座)	銀行・信用金庫						
		支店名 (店番号)		支店 ()				
3	口座名義	フリガナ						
4	預金種目	普 通 ・ 当 座						
5	口座番号							

※本調査書を提出される方は、子ども医療費等助成制度は利用できません。
上記について、必要な範囲において医療費助成担当課と情報を共有することに同意し、申請します。

令和 年 月 日 署名（保護者） _____
連絡先（保護者） _____